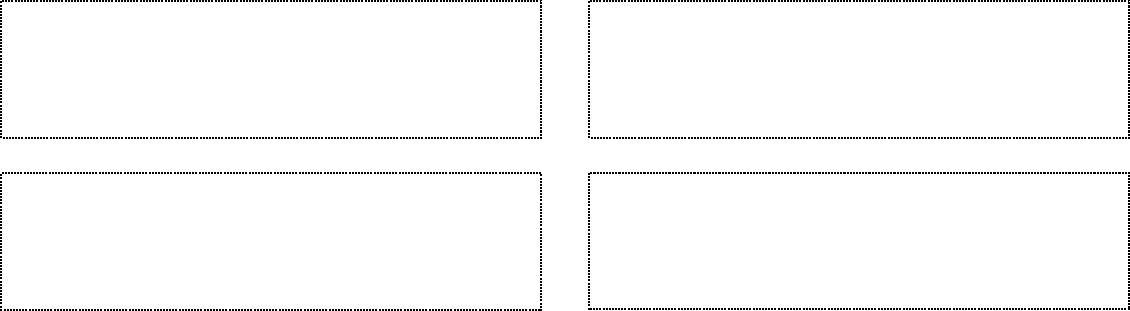
***Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC) UNICAMENTE***

**CERTIFICACION, REGISTRO Y AUTORIZACION DE WIC**

**¿Nos permite llamarle por medio de un mensaje automático o mensaje de texto para recordarle sus citas? Si No**



*REGISTRATION LABEL 1*

*REGISTRATION LABEL 2*

*REGISTRATION LABEL 3*

*REGISTRATION LABEL 4*

**Certificación financiera para los servicios WIC:**

Certifico que mis respuestas son correctas y están completas en mi mejor conocimiento y he reportado todo mi ingreso, los beneficios de KTAP, Medicaid y Food Stamps para determinar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que me pueden pedir una constancia del ingreso, de los beneficios KTAP, Medicaid y Food Stamps.

Marque uno:  Mujer participante  Padre  Otra persona en cuidado del individuo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco

Firma de la mujer inscrita, padre, u otra persona en cuidado del individuo Fecha

**Autorización para servicios WIC** (Se **REQUIERE** consentimiento en la certificación/recertificación de WIC):

Soy la mujer participante, padre o la persona que cuida al individuo quien recibe los servicios WIC. Autorizo estos servicios que incluyen un examen de salud, test de hemoglobina no invasivo (si es necesario), estatura y peso para WIC. Si no se puede hacer uso del tamizaje de hemoglobina no invasivo, estoy consciente de que una persona autorizada deberá firmar el Consentimiento General Para Servicios de Salud (CH-5) para autorizar el uso de un tamizaje de hemoglobina del pinchazo en el dedo o de lo contrario se me pedirá que proporcione información de resultados de referencia de hemoglobina/hematocritos en un plazo de 90 días.

Marque uno:  Mujer participante  Padre  Otra persona en cuidado del individuo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco

Firma de la mujer inscrita, padre, u otra persona en cuidado del individuo Fecha

**Derechos y responsabilidades WIC** (DEBE firmar en todas las certificaciones y recertificación de WIC)

Se me ha informado de mis derechos y responsabilidades al amparo del programa de WIC. Los parámetros de elegibilidad y participación en el programa de WIC son los mismos para todos independientemente de cuestiones como la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad o la existencia de alguna discapacidad. Tengo el derecho de presentar una queja si pienso que no he recibido un trato justo del personal de WIC o del personal del establecimiento. Si estoy en desacuerdo con alguna decisión sobre mi elegibilidad de WIC, puedo solicitar una Audiencia Imparcial. Los Procedimientos de las Audiencias Imparciales, así como los Procedimientos de las Quejas relativas a Derechos Civiles están publicados en mi oficina de WIC. Estoy consciente de que si tengo dificultad para entender o leer el inglés o si tengo alguna discapacidad, se puede recibir ayuda gratuita con el idioma u otras ayudas y servicios si uno así lo solicita. Entiendo los derechos y responsabilidades relacionados con la tarjeta electrónica de WIC y con cualquier beneficio para el núcleo familiar que se emita a la cuenta del titular de la tarjeta. Estoy consciente de que también es mi responsabilidad el garantizar la seguridad de la tarjeta electrónica de beneficios de WIC y de su PIN. Doy fe de que la información que he proporcionado para que se determine si soy elegible o no es correcta según mi leal saber. El presente formulario de certificación se remite en relación con el cobro de Asistencia Federal. Es muy posible que funcionarios del programa verifiquen la información reflejada en el(los) formulario(s) de certificación. *Estoy consciente de que el hacer declaraciones falsas o engañosas de forma intencional o el tergiversar, encubrir u ocultar información deliberadamente puede traer consigo que haya que pagarle a la agencia en efectivo el valor de esos beneficios de alimentos emitidos incorrectamente a mi persona y que me sometan a un encausamiento de carácter civil o penal al amparo de lo dispuesto en leyes estatales y federales. También estoy consciente de que puede que les den mi nombre a otros programas de salud y bienestar con el fin de determinar mi elegibilidad para dichos programas.*

Firma de la mujer inscrita, padre, u otra persona en cuidado del individuo Fecha

**CH-5WIC rev. 7/1/2024**

**Esta institucion es un proveedor que ofrece iqualdad de oportunidades.**

**Programa WIC Procedimiento para una audiencia justa**

Si a usted se le ha negado WIC o sus servicios de WIC fueron descontinuados o se le ha pedido pagar por los beneficios recibidos, usted tiene el derecho a una audiencia justa. Las violaciones de los derechos civiles no se manejan a través del proceso de audiencia justa de WIC. Vea a continuación lo relacionado con las Violaciones de los Derechos Civiles.

**Para una audiencia:**

* Comuníquese con la agencia estatal de WIC dentro de un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que le negaron los servicios de WIC o le dijeron que reembolsara los beneficios y solicitara una audiencia.
* Se programará una audiencia en un plazo de veintiún (21) días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.
* Se le informará por escrito al menos diez (10) días antes acerca de la fecha, la hora y el lugar de la audiencia.
* Puede ser ayudado o representado por un abogado u otra persona como un amigo o familiar.
* Antes de la audiencia su representante y usted pueden revisar los documentos y los informes escritos que van a ser presentados.

**Procedimiento:**

* Su representante o usted debe estar presente en la

audiencia.

* Durante la audiencia su representante o usted pueden:
* Traer testigos para que declaren a su favor.
* Revisar los documentos que la agencia presenta.
* Relatar su historia y mostrar la información

importante o la evidencia.

* Interrogar o negar la información importante o la

evidencia presentada e interrogar el testimonio de

la otra persona.

**Mientras que espera por la decisión de la audiencia:**

* Si ha estado recibiendo WIC, los beneficios continuarán si usted solicita una audiencia en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha en que recibió la notificación de cancelación de los beneficios. Puede recibir los beneficios sólo hasta la fecha en que vence su certificación.
* Si se le ha pedido que pague los beneficios que ha recibido, el cobro por los servicios parará.
* Los beneficios de WIC no continuarán si:
* Su certificación para los beneficios ya está vencida o se vence.
* Usted no era elegible teniendo en cuenta la categoría de elegibilidad (mujer embarazada, amamantando o en posparto o niños menores de 5 años)
* Se le negaron los beneficios de WIC en una determinación de elegibilidad nueva.

**Decisión de la audiencia:**

* Se le avisará por escrito de la decisión sobre su caso

en un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la

fecha en que la agencia estatal de WIC recibió su

solicitud de una audiencia.

* Si la decisión es a su favor, los servicios de

WIC comenzarán o continuarán inmediatamente.

* Si la decisión no es a su favor, los servicios de WIC se

cancelarán o la agencia local puede comenzar el cobro

de los pagos de los beneficios.

* Si la decisión es a favor de la agencia local,

puede apelar ante la agencia estatal de WIC en un

plazo de quince (15) días a partir de la fecha en que se

envió por correo la decisión.

* La decisión de la audiencia local es la que deben

cumplir para ambas partes, a menos que la agencia

estatal de WIC la anule.

**WIC Aviso**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) [OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf,](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**(1) correo:**

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; or

1. **fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

1. **correo electrónico:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

¿Necesita ayuda? Si le es difícil entender o leer el inglés, o si tiene alguna discapacidad, puede recibir ayuda con el idioma u otros apoyos y servicios sin costo alguno para usted, basta con solicitarlos. Por favor contacte a la clínica de WIC en su localidad o a la Oficina Estatal de WIC al 1-877-597-0367. Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para llamarnos, contacte al Número Estatal de Retransmisión llamando al 711; o, para el servicio de voz a TTY, llame al 1-866-490-4403.