

### Mis derechos

- **Alimentos de WIC:** Obtendré un instrumento alimenticio (tarjeta electrónica de WIC) para comprar comida saludable.
- **Información nutritiva:** Recibiré información sobre la alimentación saludable y un estilo de vida activa.
- **Apoyo para amamantar:** WIC me ayudará y me apoyará con la lactancia materna.
- **Información sobre cuidados de salud:** Recibiré información sobre las inmunizaciones y otros servicios que pueda necesitar.
- **Tratamiento justo:** Las reglas para solicitar WIC son las mismas para todos. Puedo solicitar una audiencia justa a un empleado de WIC si alguien me dice que no puedo estar en el programa WIC y no estoy de acuerdo.
- **Cortesía comun:** El personal de WIC y de la tienda me trataran con cortesía y respeto. Puedo decirle al personal de WIC que me gustaria presentar una queja si no me tratan con respeto. Tambien puedo presentar una queja al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) en la direccion escrita abajo.
- **Información de transferencia:** Si me mudo, puedo cambiarme al programa WIC de otro estado. Puedo pedir que me den los documentos de transferencia.

### Mis responsabilidades

#### Entiendo que:

- WIC no proporciona todo lo alimentos o la fórmula infantil necesaria para un mes y los beneficios que no se usaron no se acumulan para el mes siguiente.
- Si pierdo mi tarjeta electrónica de WIC, puede ser reemplazada. Si mis beneficios de comida se vencen antes de recibir una nueva tarjeta electronica, los beneficios no seran reemplazados.
- La información que proporcione al programa WIC está siendo presentada en conexión con el recibimiento de la asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información que se les presento.
- La información que identifica al participante de WIC se suministrará a las personas que están directamente relacionadas con la administración, la ley o las auditorías al programa.
- La Secretaría del Departamento de Salud de Maryland puede autorizar la publicacion de información a los representantes de las organizaciones públicas que atienden a personas que califican para el programa WIC. Una lista de estas organizaciones está disponible al solicitarla al programa WIC.
- La información proporcionada a las organizaciones solo se usará con el proposito de determinar la elegibilidad de los participantes de los participantes de WIC para programas que estén bajo su administración, realizar campañas de promocion de tales programas para los participantes de WIC, de evaluar el grado de reacción del Estado ante las necesidades de cuidado de salud y a los resultados de los participantes en WIC, o simplemente para simplificar los procedimientos por participar en estos programas.

#### Acepto seguir las reglas que están a continuación: Yo:

- Siempre llevaré la prueba de identificación (ID) a todas las citas.
- Proporcionare de manera oportuna todos los documentos solicitados por el programa WIC.
- Usaré la comida y la fórmula infantil proporcionadas por WIC solo para la persona registrada en WIC.
- Declararé las tarjetas electronicas de WIC como perdidas, robadas o danadas segun las instrucciones.
- Me aseguraré de que las personas que nombré para usar mis beneficios conozcan los derechos y responsabilidades de WIC. Les enseñaré como usar los beneficios de la forma adecuada.
- Asistire a las citas de WIC o llamaré a la clínica para reprogramarlas. Si no busco los beneficios dos veces seguidas, pueden retirarme del Programa.
- No venderé, regalare ni intercambiaré la tarjeta electronica de WIC, ni la comida ni la fórmula infantil a cambio de dinero, crédito, cupones o por ningún otro artículo. Si no puedo usar alguno de los beneficios, los regresaré a la clínica.
- No pondré en venta o intercambio ningún beneficio de WIC en el Internet.
- No insultaré, gritaré, acosaré ni amenazaré físicamente al personal de WIC ni de la tienda ni destruiré ninguna instalación de WIC ni de la tienda.
- No inscribiré a ningún niño que no esté bajo mi cuidado legal.
- No me inscribiré en el programa WIC en más de un estado ni recibiré beneficios mensualmente de más de una clínica de WIC.

#### Acepto dar información completa y verdadera sobre:

- Mi identidad, estado del embarazo y dirección.
- El número de personas que viven en mi casa.

- El ingreso total de las personas que viven en mi casa.
- Mi participación en Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria de Maryland, también conocido como el programa de estampillas de comida o SNAP, o Asistencia Temporal en Efectivo (Temporary Cash Assistance, TCA).
- Todos los cambios relacionados con las circunstancias de la vida, (por ejemplo: notificaré a WIC en caso de que tenga algún cambio en mi ingreso, en el número de personas en mi familia o si cambio de dirección).

**Mi firma en el sistema WIC significa que:**

- La información que he proporcionado para la determinación de la elegibilidad es correcta, a lo mejor de mi conocimiento.
- Entiendo y acepto que dar una información falsa, o engañosa o tergiversar, ocultar o retener datos puede resultar en que tenga que pagar, en efectivo, al programa WIC, el valor de los beneficios alimenticios que he recibido de forma inapropiada y puedo enfrentarme a una acusación criminal o civil, ante la ley federal y estatal y a la descalificación del programa WIC.
- He sido o seré beneficiario de un instrumento alimenticio (tarjeta electrónica de WIC) para mi familia.
- Me han hecho preguntas sobre WIC y han sido respondidas.
- Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades.
- Entiendo que, si no cumplo con mis responsabilidades, puedo ser descalificado del programa WIC.

Los siguientes participantes fueron certificados en 7/19/2023

# 1 _____	# 3 _____
# 2 _____	# 4 _____

\_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante/Padre o Madre/Tutor legal/Designado

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de WIC

**Solo para certificaciones manuales:**

**Determinación del ingreso**

**Determinación del riesgo de nutrición**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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/ad-3027s.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

(2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.