



Participant Rights and Responsibilities Agreement

Division of WIC Services

CERTIFICATE OF APPLICANT

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE CAROLINA DEL SUR

(Se debe leer la declaración de los derechos antes de comenzar la solicitud).

DERECHOS

- (1) WIC no discrimina. Los requisitos para participar en el programa son los mismos para todos, independientemente de la raza, color, país de origen, edad, sexo o discapacidad.
- (2) Puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para participar en el programa.
- (3) Si planeo mudarme, puedo solicitar un documento que me permita obtener beneficios en mi nueva ubicación.
- (4) Aprenderé acerca de la nutrición y la salud. Mi información de la salud será compartida si estoy esperando otros servicios de salud.
- (5) Estoy de acuerdo que el programa WIC pueda compartir mi información de elegibilidad con DHEC u otras organizaciones públicas para ver si puedo calificar para servicios adicionales, tales como Medicaid o SNAP. Mi información sólo será utilizada en la administración de programas públicos que atienden a las personas elegibles para el programa WIC. Estos programas han acordado de mantener mi información de manera confidencial.
- (6) La información que dé puede ser usada en informes, estudios, y auditorías del programa WIC.

RESPONSIBILIDADES (escriba sus iniciales)

- (1) Sé que voy a recibir asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información que he provisto. Sé que si no digo la verdad puedo no recibir los beneficios WIC o quizás deba devolver dinero por los beneficios WIC redimidos. También puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.
- (2) Sé que es importante cumplir con las citas de WIC. Si no puedo hacer una cita, llamaré con antelación para reprogramarla.
- (3) Puedo ser retirado de WIC si:
- (a) Uso mis beneficios WIC para comprar alimentos que no son parte de mi paquete de alimentos.
 - (b) Insulto verbalmente, acoso, amenaza o causo daños físicos a personal de WIC o de la tienda.
 - (c) No he participado activamente en el programa WIC por dos (2) meses seguidos.
- (4) Puedo ser retirado de WIC y/o me pueden exigir la devolución en dinero del valor de mis beneficios si:
- (a) Recibo beneficios de más de un (1) programa WIC al mismo tiempo.
 - (b) Si mi nombre, el de mi hijo o del apoderado, o la información de contacto aparece en un medio impreso o social/digital o está asociado con tiendas de consignación, mercados de pulgas, etc., en un intento de vender o regalar artículos recibidos del Programa WIC, acepto devolver el dinero y/o ser descalificado para el Programa.
 - (c) Vendo o intercambio mi tarjeta SC eWIC, o vendo mis alimentos WIC.
 - (d) Si la custodia del menor/mi hijo que se certifica hoy cambia, entiendo que debo notificar de inmediato al personal de WIC.

Estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y sé que si no cumplo con ellas, existe la posibilidad de que me saquen del programa. Como padre/madre, tutor legal o encargado/a del cuidado, afirmo que tengo la autoridad para autorizar que se examine al menor solicitante/participante para determinar su elegibilidad para recibir servicios de WIC. A mi leal saber y entender, la información que he dado es cierta.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

| Signature of Applicant, Parent or Authorized Representative (Firma del solicitante, padre o madre o representante autorizado) | Print Name of Applicant, Parent or Authorized Representative (Escriba el nombre del solicitante, padre o madre o representante autorizado) | Date (Fecha) |
|--|---|-----------------|
| | | |

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N°. de ID del participante: _____