# Acuerdo con el Cliente del WIC de Michigan

**1. ¿Qué puedo esperar de WIC?**

**Comidas de WIC:** Si estoy apto para WIC, obtendré sus beneficios para comprar comidas saludables en el supermercado. Entiendo que WIC no entrega todas las comidas of formula necesarias para todo un mes.

**Información sobre nutrición y alimentación de pecho:** WIC me dará consejos sobre cómo alimentar a mi familia de forma saludable.

**Cuidado médico e información comunitaria:** WIC me ayudará a buscar un médico y me brindará derivaciones para que mis hijos reciban las vacunaciones. WIC nos puede dar información sobre servicios médicos o comunitarios que necesiten.

**Tratamiento justo:** Tengo derecho a solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión sobre mi aptitud para WIC. Entiendo que debo solicitar una audiencia justa por escrito o llamando a mi oficina de WIC, dentro de los 60 días desde la fecha en que haya recibido una carta donde se me informe sobre mi aptitud para WIC.

**Cortesía común:** El personal de WIC me tratará con cortesía y respeto. Por ningún motivo seré tratado de forma diferente. Si siento que fui discriminada en base a mi raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad, podré presentar una queja en la dirección que figura en la siguiente casilla.

**2. ¿Qué espera WIC de mí?**

**Comprar comida aprobado por WIC:** Sólo compraré comidas que figuren en mis beneficios de WIC. Usaré estas comidas sólo para la persona(s) del programa. Si comparto la custodia de mi hijo o hijos, me aseguraré de que los beneficios de comidas de WIC sean compartidos con mis hijos.

**Usar los beneficios de WIC correctamente:** Sólo usaré los beneficios del WIC y/o mis tarjetas autorizadas de EBT. No venderé, comerciaré ni regresaré la comida o fórmula adquirida a través de los beneficios del WIC por dinero u otros artículos no aprobados. Usaré los beneficios de WIC con cuidado. Entiendo que es posible que no reciba un reemplazo de los beneficios si se pierden o son robados.

**Cortesía común:** Trataré al personal de WIC y del supermercado con cortesía y respeto. Entiendo que si yo, o uno de mis apoderados, abusan verbalmente, acosas, amenazan o dañan físicamente a un miembro del personal de WIC o del supermercado, podré perder mis beneficios de comidas de WIC.

**Cumpla con las citas de WIC:** Asistiré a mis citas o llamaré en forma anticipada en caso de no poder asistir.

**Visite una clínica de WIC por vez:** Obtendré los beneficios de comidas de WIC sólo de una clínica por vez. No recibiré comida de ningún familiar tanto del WIC como otro Programa de Alimentos Suplementarios tales como Focus: HOPE (Enfoque: ESPERANZA). Traeré mi identificación de WIC a la clínica de WIC para recibir los beneficios.

**Consentimiento para examen médico de WIC:** Doy mi consentimiento para la evaluación médica de todos los solicitantes de WIC de mi familia. La evaluación médica de WIC incluye responder preguntas médicas y sobre dietas, medición de altura, peso y diámetro de la cabeza y un examen de medición de hierro en la sangre.

**Al firmar este formulario, también entiendo y estoy de acuerdo con:** La información que brindé en mi solicitud de WIC es verdadera. El personal de WIC podrá controlar esta información. Entiendo que si yo, o uno de mis apoderados, uso mis beneficios de forma incorrecta o recibo beneficios de comidas debido a un testimonio o hecho falso, o escondo hechos, o de alguna otra forma hago un mal uso del Programa, es posible que deba devolver a la agencia estatal, en efectivo, la suma de estos beneficios. Si no devuelvo el dinero, es posible que sea retirado del Programa. Entiendo que de infringir las reglas del Programa también podré ser procesado por la ley estatal y federal.

Informaré a la oficina de WIC sobre cuaqluier cambio de Domicilio, número telefónico o ingreso. Informaré al WIC en caso de un cambio de custodia de cualquier niño bajo mi cuidado.

Entiendo que la información de WIC sobre mí y miembros familiares inscriptos en WIC se podrá brindar a los siguientes programas, los cuales brindan asistencia y servicios médicos: mi médico o proveedor de cuidado médico, Medicaid, Programa de Salud Materno-Infantil (Maternal Infant Health Program), Registro de Mejoramiento y Cuidado de Michigan (Michigan Care Improvement Registry), Programa de Prevención de Envenenamiento con Plomo (Lead Poisoning Prevention Program), Evaluación Auditiva Temprana, Evaluación de Recién Nacidos y el Sistema de Monitoreo de Riesgos durante el Embarazo, and Head Start. Podré solicitar al personal de WIC más información sobre estos programas y servicios.

Si me informó y entiendo qué puedo esperar del WIC y qué espera el WIC de mí.

**Persona Autorizada o Firma de mi Apoderado** **Fecha**

De acuerdo con la ley federal y la política de U.S. Department of Agriculture (USDA), esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame sin costo al (866) 632-9992 (Voz). Aquellos individuos con incapacidad auditiva o incapacidad en el habla se pueden comunicar a USDA a través del Servicio de Retrasmisión Federal al (800) 877-8339, o al (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidad igual.