

**ACUERDO PARA CLIENTES MUJERES, INFANTES Y NIÑOS DEL WIC DE MICHIGAN**  
Michigan Department of Health and Human Services

**¿QUE ESPERA EL WIC DE MI?**

**Compre Comidas Aprobadas por el WIC**

Sólo compraré comidas que figuren en mis beneficios del 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 las comidas del WIC sean compartidos con mis hijos.

**Use los Beneficios del WIC Correctamente**

Sólo usaré los beneficios del WIC y/o las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) que me fueron autorizadas. No permitiré, directa o indirectamente, que otra persona comercie, venda, transfiera o intercambie, u ofrezca comerciar, vender, transferir o intercambiar cualquier instrumento o beneficios de comida/ fórmula que me sean otorgados o cualquier comida/ fórmula del WIC del mismo tipo que el ítem de comida/ fórmula incluido en el paquete de comidas del WIC que me sea prescrito a mi y a mi hijo(s) por parte del Programa WIC.

**Guarde Todos los Recibos de Ventas del WIC**

Guardaré todos los recibos de ventas de comida/ fórmula idénticos a aquellos emitidos por el WIC que haya adquirido de forma privada, si tengo la intención de vender estos ítems. Estos recibos serán la documentación que deberé entregarle al Programa WIC, de ser solicitados, para probar/ aclarar que no estoy, directa o indirectamente, comerciando, vendiendo, transfiriendo o intercambiando, u ofreciendo comerciar, vender, transferir o intercambiar cualquier comida(s) o fórmula provista por el Programa WIC por dinero en efectivo, ítem(s) que no sea comida, o comida(s) no autorizada, incluyendo comida(s) excedente a aquella autorizada. Una oferta incluye cualquier oferta directa o indirecta que se realice de forma verbal, impresa o por Internet a través de un sitio Web tal como Caisglist, Facebook, eBay u otros sitios Web. Entiendo que mis beneficios no serán reemplazados si los pierdo o me los roban.

**Cortesía Común**

Trataré al personal del WIC, cliente o personal del supermercado, granjeros y la propiedad con cortesía y respeto. Entiendo que yo, o uno de mis apoderados, podremos perder mis beneficios de comidas del WIC si abusamos verbalmente, acosamos, amenazamos o dañamos físicamente a un miembro del personal del WIC, cliente o personal del supermercado o granjero.

**Cumpla con las Citas del WIC**

Asistiré a mis citas o llamaré de forma anticipada en caso de no poder asistir.

**Uso de la Clínica del WIC**

Obtendré los beneficios de comidas del WIC sólo de una clínica por vez. No recibiré comida de ningún familiar tanto del WIC como de otro Programa de Alimentos Suplementarios tales como Focus: HOPE (Enfoque: ESPERANZA). Presentaré mi identificación del WIC ante la clínica del WIC para acceder a beneficios. Cuando realice mi certificación en el WIC, recibiré un Certificado de Verificación (Verification of Certification, VOC). Tendré el VOC conmigo si realizo una transferencia a otra clínica del WIC.

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

<b>Firma de la Persona Autorizada o del Apoderado</b>	<b>Fecha</b>

**¿QUE PUEDO ESPERAR DEL WIC?**

**Comidas del WIC**

Si estoy apto para el WIC, obtendré sus beneficios para comprar comidas saludables en el supermercado. Entiendo que el WIC no entrega todas las comidas o fórmulas de bebé necesarias para todo un mes.

**Información sobre Nutrición y Alimentación de Pecho**

El WIC me dará consejos sobre cómo alimentar a mi familia de forma saludable.

**Información sobre Cuidado Médico y Comunitario**

El WIC me ayudará a buscar a un médico y derivarme para cuestiones tales como vacunaciones para mis hijos.

El WIC me podrá brindar la información que necesite sobre salud y servicios comunitarios.

**Tratamiento Justo**

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

**Cortesía Común**

El personal del 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 a continuación.

**Consentimiento para Examen Médico del WIC**

Doy mi consentimiento para la evaluación médica de todos los solicitantes del WIC de mi familia. La evaluación médica del 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, entiendo y estoy de acuerdo con:**

La información que el brindé al Programa WIC es verdadera. El personal del WIC podrá controlar esta información. Entiendo que si yo o mi apoderado de forma intencional realizamos declaraciones falsas o engañosas, o intencionalmente tergiversamos, escondemos o negamos hechos, usamos mis beneficios de forma incorrecta, o recibimos beneficios de comidas debido a cualquiera de las causas anteriores, se me podrá requerir nuevamente que le pague a la agencia estatal la suma de estos beneficios. Si no realizo los pagos a tiempo o pago nuevamente la suma acordada, podré ser retirado (excluido) del Programa. Entiendo que de infringir (violar) las reglas del Programa también podré ser procesado por la ley estatal y federal. Le informaré a la oficina del WIC sobre cualquier cambio(s) en mi información de contacto, incluyendo domicilio y número telefónico o mi ingreso. Le informaré al WIC sobre cualquier cambio de custodia de un niño bajo mi cuidado. Entiendo que la información del WIC sobre mí y mi familia inscrita en el WIC podrá ser entregada a programas que ofrezcan asistencia y servicios médicos. También entiendo que la principal autoridad sanitaria del Estado podrá permitir el intercambio de información sobre mi caso del WIC con propósitos no pertenecientes al WIC. El único propósito de compartir esta información será que el WIC y otras agencias públicas la usen en sus programas, los cuales brindan servicios a personas elegibles para el WIC. Le podré solicitar al WIC un listado de estas agencias.

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de EE.UU., USDA), se prohíbe al USDA, sus Agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan en o que administran los programas del USDA, la discriminación en base a la raza, color, nacionalidad, sexo, incapacidad, edad, o toma de represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con incapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre programas (por ejemplo: Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) se deberán contactar con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Aquellos individuos con sordera, problemas de audición o incapacidades en el habla podrán comunicarse al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al 800-877-8339. De forma adicional, la información de los programas podrá estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja al programa por discriminación, complete el Formulario de Discriminación del Programa USDA (AD-3027), al cual puede acceder a través de Internet en [www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y brindar en la misma toda la información solicitada en el formulario.

Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame a la línea gratuita al 866-632-9992. Entregue el formulario o carta completos 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
3. Email, [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o incapacidad.