

**MICHIGAN WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN (WIC) CLIENT AGREEMENT
ACUERDO DEL CLIENTE DE MUJERES, INFANTES Y NIÑOS DE MICHIGAN (WIC)**

Michigan Department of Health and Human Services

¿QUÉ ESPERA EL WIC DE MÍ?

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 prescripto a mi y a mi hijo(s) por parte del Programa del 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, o 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 Cigslist, 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 en forma anticipada en caso de no poder asistir a las mismas.

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 el WIC y qué espera el WIC de mí.

Firma de la Persona Autorizada o del Apoderado

Fecha

¿QUÉ PUEDO ESPERAR DEL WIC?

Comidas del WIC

Si estoy apto, obtendré los beneficios del WIC 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.

Trato 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, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, podré presentar una queja en la dirección que figura a continuación.

Consentimiento para Examen Médico del WIC

Doy mi consentimiento para el examen médico del WIC 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 los niveles de hierro en la sangre.

Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con que:

La información que 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. Informaré al WIC en caso de un cambio de custodia de cualquier niño bajo mi cuidado. Entiendo que la información del WIC sobre mí y miembros familiares inscritos en el WIC se podrá brindar a estos programas, los cuales brindan 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 con las regulaciones y políticas de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe a esta institución discriminar debido a su raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información del programa podrá estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para acceder a información sobre el programa (por ej.: Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano), se deberán comunicar con la agencia estatal o local responsable de la administración del programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y sistema TTY), o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Para presentar una denuncia al programa por discriminación, el Denunciante deberá completar un Formulario AD-3027, Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), al cual se puede acceder a través de Internet en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, a través de la oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. En la carta deberá figurar el nombre del denunciante, domicilio, número telefónico, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente nivel de detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos humanos. El formulario AD-3027 completo o carta se deberá entregar al USDA por Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; Fax: (833) 256-1665 ó (202) 690-7442; Email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, negará los beneficios o discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color, altura, peso, estado civil, consideraciones partidistas o una discapacidad o información genética que no esté relacionada con la elegibilidad de la persona.