

Derechos y obligaciones de los participantes de WIC

He recibido información sobre mis derechos y responsabilidades como participante de WIC. Entiendo que tengo derecho a lo siguiente:

- *Recibir un tratamiento justo y respetuoso por parte del personal de WIC y de los empleados de la tienda de comestibles.*
- *Que la información que he dado al personal de WIC permanezca privada. No se divulgará a nadie fuera del Programa WIC sin mi permiso.*
- *Recibir educación e información nutricional sobre atención médica y otros servicios útiles.*
- *Utilizar cualquier tienda de comestibles o farmacia en el estado de Nueva York que esté autorizada a aceptar WIC.*
- *Recibir un paquete de alimentos que satisfaga mis necesidades nutricionales o las de mi hijo.*
- *Pedir una transferencia a otra agencia local de WIC.*
- *Ser informado por escrito cuándo y por qué finalizarán mis beneficios del Programa WIC.*
- *Pedir una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con las decisiones sobre mi elegibilidad.*

La información que proporcioné para ver si soy elegible para el Programa WIC es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que:

- *El Programa WIC del estado de Nueva York puede autorizar el uso compartido de mi información de WIC con programas de salud y educación específicos como Medicaid, el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) y el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (Child Care Assistance Program). Dicha información será utilizada por agencias WIC estatales y locales y organizaciones públicas únicamente en la administración de sus programas que atienden a personas elegibles para el Programa WIC. Estos programas podrán utilizar esta información para los siguientes fines: determinar mi elegibilidad para sus programas, brindarme información sobre esos programas y facilitar el proceso de presentación de solicitudes, mejorar mi salud, educación o bienestar si ya estoy inscrito en sus programas, y asegurarse de que se hayan satisfecho mis necesidades de atención médica.*
- *El personal del Programa WIC podrá evaluar la información que les proporcioné para verificar que sea correcta. Podrán comunicarse con mis jefes u otras fuentes para conocer mis ingresos. Podrán obtener mis registros tributarios del Departamento de Impuestos y Finanzas (Department of Taxation and Finance) del estado de Nueva York. Al decidir si puedo participar en WIC, no se me pedirá información que tenga más de 12 meses de antigüedad con respecto a la fecha de presentación de mi solicitud. Si buscan comprobar si se ha infringido alguna norma de WIC, podrán solicitar información sobre cualquier periodo durante el cual haya recibido beneficios de WIC.*
- *Debo notificar a mi agencia local de WIC si planeo mudarme, si cambia mi número de teléfono, si cambian los ingresos de alguien de mi familia o si quiero cambiar a otra agencia local de WIC.*
- *Si no digo la verdad u oculto información sobre el propósito por el cual busco obtener los beneficios de WIC, es posible que deba devolver al Estado los beneficios para los que no calificaba. Además, los funcionarios federales o del estado de Nueva York podrían iniciar acciones judiciales.*
- *Me puedo inscribir en solo un Programa WIC. Confirmando que actualmente no estoy inscrito en ningún otro Programa WIC.*
- *Los alimentos WIC son solo para los familiares inscritos. No puedo vender, ofrecer para la venta ni donar mis beneficios de WIC bajo ningún concepto.*
- *Si se debe cambiar o interrumpir mi paquete de alimentos por un periodo corto, llamaré a mi agencia local de WIC.*
- *Es mi responsabilidad tratar con cortesía y respeto al personal de WIC y a los empleados de venta minorista. Entiendo que me podrán suspender o quitar el Programa WIC si abuso físicamente del personal de WIC o los empleados de venta minorista, o los amenazo.*

Soy consciente de que la agencia local de WIC pondrá a mi disposición los servicios de salud y educación nutricional, y me alienta a participar en estos servicios.

Soy consciente de que las normas de elegibilidad y participación en el Programa WIC son las mismas para todos, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.



Department
of Health

→
continúa

Solicitud de una audiencia imparcial

Si se rechazó su solicitud de beneficios o se interrumpieron sus beneficios, tiene derecho a una audiencia imparcial. La audiencia imparcial es una oportunidad de explicarle a un juez por qué cree que la decisión es errónea. Debe solicitar una audiencia en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que rechazaron su solicitud o le informaron que se interrumpirían sus beneficios. Si no la solicita en un plazo de 60 días, perderá la oportunidad de acceder a una audiencia imparcial.

Un periodo de certificación es cuánto tiempo recibirá los beneficios de WIC. Si sus beneficios se interrumpen en la mitad del periodo de certificación y usted solicita una audiencia en un plazo de 15 días, sus beneficios de WIC continuarán hasta que se conozca el resultado de la audiencia o hasta que finalice el periodo de certificación, lo que suceda primero. Solicite una audiencia en la agencia local de WIC (el personal lo ayudará) o comuníquese con el Programa WIC del estado de Nueva York.

correo: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204

teléfono: (518) 402-7093;
fax: (518) 402-7348; o
correo electrónico: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

Esta es la declaración de certificación que firmé en el sistema informático antes de recibir mis beneficios de WIC:

Se me ha informado sobre mis derechos y obligaciones según el Programa WIC. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es completa y correcta a mi leal saber y entender. Esta información se brinda a fin de recibir los beneficios de WIC y entiendo que los funcionarios de la agencia WIC estatal o local podrán verificar esta información si surge la necesidad comunicándose con los empleadores u otras fuentes para conocer mis ingresos, u obteniendo mis registros tributarios del Departamento de Impuestos y Finanzas del estado de Nueva York. Autorizo específicamente la divulgación de mis registros tributarios del Departamento de Impuestos y Finanzas del estado de Nueva York para este fin, que puede incluir cierta información laboral que proporcionen los empleadores al Departamento de Impuestos y Finanzas del estado de Nueva York con respecto a los datos sobre los Informes de nuevos empleados y salarios (New Hire and Wage Reporting). También entiendo que la distorsión deliberada puede someterme a acciones civiles o penales en virtud de la legislación estatal o federal. La distorsión deliberada incluye, entre otros, la falsificación, el encubrimiento o la omisión deliberada de los ingresos familiares, el tamaño del hogar, los datos médicos, la condición de beneficiario de Medicaid y el lugar de residencia. Además, entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o tergiversar, ocultar u omitir hechos puede ocasionar mi descalificación y puede requerir el reembolso del valor en dólares de los beneficios de WIC que obtuve indebidamente, independientemente de si mi intención era o no obtener beneficios de forma deshonesto. Por último, entiendo que me puedo inscribir en solo un Programa WIC. Por la presente certifico que actualmente no estoy inscrito en ningún otro Programa WIC. Solicito que se me concedan los beneficios hoy mismo.

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; o
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para cualquier otra queja o para solicitar una audiencia imparcial, póngase en contacto a través de los siguientes medios:

- (1) correo: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204; o
 - (2) teléfono: (518) 402-7093; fax (518) 402-7348; o
 - (3) correo electrónico: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
-