

# Forma de información adicional

## 1. Derechos y responsabilidades del participante de WIC

### Derechos

- a. Educación sobre la nutrición y envíos a servicios**  
La oficina de WIC le ofrecerá servicios de salud, envíos a servicios y educación sobre la nutrición.
- b. Igualdad de oportunidades**  
Los criterios de elegibilidad y participación en el Programa WIC son los mismos para todas las personas, sin importar la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad ni el sexo.
- c. Audiencia imparcial**  
Usted puede apelar cualquier decisión de la agencia local de WIC sobre su elegibilidad para el programa.
- d. Aviso sobre la vida privada**  
Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de pedir la información que el estado de Texas recopila sobre usted y de estar enterado de ella. Tiene el derecho de recibir y revisar la información cuando la pida. También tiene el derecho de pedirle al departamento estatal que corrija cualquier información que sea incorrecta.
- Vea <http://www.dshs.state.tx.us> si desea más información sobre el Aviso sobre la vida privada. (Referencia: Código Gubernamental, Secciones 522.021, 522.023 y 559.004)
- e. Cortesía**  
Usted tiene el derecho de que todo el personal lo trate con respeto y cortesía.

### Responsabilidades

- a. Beneficios de comida de WIC**  
Los beneficios de WIC se dan para comprar alimentos nutritivos y son para el uso exclusivo del participante de WIC. WIC es un programa complementario y no da todos los alimentos ni toda la fórmula para bebés que se necesitan en un mes.
- b. Guarde los beneficios de WIC en un lugar seguro**  
Si pierde la tarjeta EBT de WIC o se la roban, tiene que llamar al 1-800-942-3678 para empezar el proceso de reponerla.
- c. Deberes**
- Lleve su tarjeta EBT de WIC siempre que vaya a la clínica de WIC.
  - Vaya a todas las citas o avise a la clínica cuando no pueda ir.
  - Compre solo alimentos aprobados por WIC con la tarjeta EBT de WIC.
  - Nunca cambie los beneficios de WIC por dinero en efectivo, crédito, productos no comestibles ni alimentos no autorizados.
  - No venda ni cambie, o permita que alguien más venda o cambie su tarjeta EBT de WIC, o el/los mismo(s) producto(s) como el/los de su paquete de alimentos de WIC. (Referencia: Política de WIC GA:12.0).
  - No haga, ni permita que alguien más haga, una oferta oral o por escrito para vender o cambiar sus alimentos de WIC, los beneficios, el sacaleches o la tarjeta EBT de WIC, o el/los mismo(s) producto(s) como el/los de su paquete de WIC, incluso alguna oferta en un sitio web como Craigslist, Amazon, Facebook o Ebay. (Referencia: Política de WIC GA:12.0).
  - No reciba beneficios de WIC de más de una clínica durante el mismo periodo.
  - Siga los términos del acuerdo de préstamo del sacaleches, si le han prestado uno.
- d. Cortesía**  
Trate con cortesía al personal de WIC y al de la tienda.

## 2. Reconocimiento necesario para la firma

Me han informado de mis derechos y responsabilidades obligatorias bajo el Programa WIC. Aún más, me han informado que podría ser descalificado para recibir beneficios de WIC, por hasta 1 año, por falta de cumplimiento a mis responsabilidades como participante de WIC, como se declara en este documento y en las políticas de WIC. Certifico que la información que di para la determinación de la elegibilidad mía o de mi hijo es correcta a mi leal saber y entender. Esta forma de certificación se presenta en conexión con los beneficios de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información brindada al Programa WIC. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o falsear, ocultar o no dar información a propósito puede dar lugar a que tenga que pagar al departamento estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos que recibí indebidamente y a que me enjuicien por lo civil o lo penal bajo las leyes estatales y federales.

En mi primera cita de WIC, recibí el folleto "Bienvenida a WIC y a la tarjeta EBT de WIC" y el volante "Mantenga a su familia saludable".

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante/padre\*/tutor/cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

For WIC official use only/ Para uso oficial de WIC \*Physically present Yes  No

\_\_\_\_\_  
Firma de otro padre/tutor/cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Bebés y niños que llenan los requisitos para recibir WIC

Nombre \_\_\_\_\_

For WIC official use only. Physically present Yes  No

Nombre \_\_\_\_\_

For WIC official use only. Physically present Yes  No

Nombre \_\_\_\_\_

For WIC official use only. Physically present Yes  No

Nombre \_\_\_\_\_

For WIC official use only. Physically present Yes  No

Nombre \_\_\_\_\_

For WIC official use only. Physically present Yes  No

For WIC Official Use Only/ Para uso oficial de WIC

I certify that I determined the eligibility of the participant(s) listed above.

\_\_\_\_\_  
WIC Certifying Official Signature

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Date

### Physical presence waiver

- Medical equipment  Confinement to bed  Illness exacerbated  Medical condition of family member  
 Infant younger than 1 month presented to WIC by six-week birth date

\_\_\_\_\_  
Date presented to WIC

\_\_\_\_\_  
Staff initials

### 3. Divulgación de información del participante de WIC

Según lo autorizan las regulaciones federales del 7 CFR 246.26, el Comisionado de Salud del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) autorizó el uso y la divulgación de la información del participante de WIC a los siguientes programas como se describe.

- a. El Centro de Texas para la Investigación y la Prevención de los Defectos de Nacimiento (TCBDRP) puede usar la información para la promoción del Estudio Nacional de Prevención de los Defectos de Nacimiento y no la divulgará a terceros.
- b. Las regiones de servicios de salud del DSHS, o los distritos de servicios de salud, departamentos de salud locales o las autoridades de la salud designadas por una región de servicios de salud, pueden usar la información para realizar investigaciones sobre enfermedades contagiosas.
- c. El Departamento de Agricultura de Texas (TDA) puede usar la información para brindar beneficios del Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores a participantes que llenan los requisitos.
- d. El Programa Pasos Sanos de Texas quiere darle información sobre los beneficios de Medicaid. Pasos Sanos de Texas ayuda a proporcionar exámenes médicos y dentales y transporte a los clientes de Medicaid. Para que Pasos Sanos de Texas pueda hacerle llegar esta información importante, necesita saber cómo comunicarse con usted.

Solo se divulgará la información más reciente de los expedientes de WIC sobre usted y su hijo a Pasos Sanos de Texas:

- Nombre
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Teléfono

Esta información no se divulgará a terceros ni se usará con otro propósito. Su decisión de dar o no dar su información de contacto no afectará su elegibilidad para recibir WIC ni sus beneficios. Usted tiene el derecho de dar o retirar su permiso en cualquier momento para divulgar esta información. Puede comunicar esta decisión a WIC en persona o por escrito.

- Elijo dar**  mi nombre, dirección, fecha de nacimiento y teléfono y los de mi hijo para poder saber más sobre Pasos Sanos de Texas y los importantes beneficios que ofrece.
- Elijo NO dar**  esta información a Pasos Sanos de Texas.\*

\*For WIC staff/Para uso del personal de WIC: Check or circle 99 **Do Not Release Client Data** under the "Referred To" section on all participant forms for this family.

### Oportunidad de registrarse para votar

#### 1. Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿quiere presentar hoy una solicitud para registrarse para votar?

SI  NO

- 2. Presentar una solicitud para registrarse o negarse a hacerlo no afecta la asistencia que este departamento le dará.
- 3. SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE ASUMIRÁ QUE USTED DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO Y SE LE PEDIRÁ QUE FIRME MÁS ADELANTE.
- 4. Si necesita ayuda para llenar la forma de solicitud para registrarse para votar, le ayudaremos. Usted decide si quiere buscar o aceptar ayuda. Usted mismo puede llenar la forma de solicitud en privado y enviarla por correo.
- 5. Si cree que alguien interfirió con su derecho de registrarse para votar o de negarse a hacerlo, o con su derecho a la privacidad al decidir si usted quiere registrarse para votar o al presentar la solicitud para hacerlo, puede presentar una queja ante la Elections Division of the Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, Texas 78711, 1-800-252-8683.
- 6. Si usted decide no registrarse para votar, esta decisión se mantendrá confidencial y se usará solo con fines relacionados con el registro para votar.
- 7. Si decide registrarse para votar, la información sobre la oficina en la que usted presentó la solicitud se mantendrá confidencial y se usará solo con fines relacionados con el registro para votar.

#### Decisión de no registrarse para votar

Hoy no quiero registrarme para votar.

#### For Agency Use/ Para uso del departamento

Initial here if applicant refuses to sign.

\_\_\_\_\_

Initial here if applicant kept the application.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del solicitante

NVRA-WIC

