

# Thông Báo của WIC về việc Không Được Tham Gia hoặc Chấm Dứt Quyền Lợi

## Reason(s) for Ineligibility, Termination, or Certification Expiration

- Vượt quá mức lợi tức ấn định.
- Thai nghén đã chấm dứt hơn sáu tháng qua.
- Ngừng cho con bú sữa mẹ trước một tuổi, hoặc trẻ bú sữa mẹ quá một tuổi.
- Trẻ được năm tuổi hoặc lớn hơn.
- Lý do khác \_\_\_\_\_

The following reasons require the signature of a Certifying Authority or WIC Certification Specialist

- Không có nhu cầu dinh dưỡng (Trẻ sơ sinh 0-3 tháng)
  - Chiều cao và sức nặng trong mức bình thường.
  - Ăn uống đầy đủ.
  - Hồ sơ sức khỏe cho biết không có nhu cầu dinh dưỡng.
- Lạm dụng chương trình. Lạm dụng chương trình gồm có, nhưng không giới hạn, những điều sau đây:
  - Bán hoặc đổi chác quyền lợi WIC hoặc thực phẩm hay sữa nhi đồng mua qua chương trình WIC.
  - Báo cáo sai về lợi tức trong lúc nộp hồ sơ.
  - Tham gia hai nơi cùng lúc. Nhận quyền lợi WIC từ nhiều cơ sở hoặc trong nhiều tiểu bang.
  - Dùng quyền lợi thực phẩm của WIC để mua những thức ăn không được chấp thuận.
  - Nguyên nhân khác \_\_\_\_\_
- Quản trị về mức lượng tham gia. Cần biết rằng bạn và/hoặc con bạn vẫn được hưởng chương trình.
  - Bạn đã được đặt vào danh sách chờ đợi với ưu tiên thứ \_\_\_\_\_

## Chữ ký của Đương Đơn hoặc Người Tham Gia

Đương đơn hoặc người tham gia có tên sau đây đã được xác định không được tham gia hoặc chấm dứt khỏi chương trình WIC. Lý do của việc không được hưởng/chấm dứt đã được đề cập trên đây. Nếu bạn cảm thấy việc từ chối hoặc chấm dứt này không công bằng, bạn có thể yêu cầu một phiên điều giải. Nhân viên của cơ quan này sẽ giải thích thủ tục điều giải cho bạn. Bạn có thể nộp lời yêu cầu bằng thư, gọi số miễn phí 1(800) 942-3678 hoặc gửi điện thư về [wicgeneral.@dhhs.state.tx.us](mailto:wicgeneral.@dhhs.state.tx.us).

Chữ ký của đương đơn/người tham gia, cha mẹ hoặc giám hộ

Ngày

## For WIC Official Use Only

Applicant's/Participant's Name

Applicant's/Participant's Name

Applicant's/Participant's Name

Applicant's/Participant's Name

I certify that I have determined the ineligibility or termination of the applicant(s) / participant(s) listed above.

WIC Official Signature

Title

Date

## Cơ Hội để Ghi Danh Bầu cử

- Nếu bạn chưa ghi danh để đi bầu ở nơi bạn đang sống, bạn có muốn điền đơn ghi danh bầu cử tại đây ngày hôm nay không?  
 CÓK  HÔNG
- Việc điền đơn ghi danh hoặc từ chối ghi danh đi bầu sẽ không ảnh hưởng đến số lượng trợ cấp của cơ quan này cho bạn.
- NẾU BẠN KHÔNG ĐÁNH DẤU Ô VUÔNG NÀO TRÊN ĐÂY BẠN ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG GHI DANH BẦU CỬ ÀO LÚC NÀY VÀ SẼ ĐƯỢC YÊU CẦU KÝ TÊN Ở DƯỚI ĐÂY**
- Nếu bạn cần giúp điền đơn ghi danh bầu cử, chúng tôi sẽ giúp bạn. Quyết định về yêu cầu hoặc chấp nhận sự giúp đỡ là tùy ở bạn. Bạn có thể điền đơn một mình và tự gửi đi.
- Nếu bạn nghĩ rằng có ai cản trở quyền ghi danh hoặc chối bỏ việc ghi danh đi bầu của bạn, một quyền lợi cá nhân trong việc quyết định ghi danh hoặc điền đơn ghi danh của cử tri, bạn có thể khiếu nại nơi Elections Division of the Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, Texas 78711, 1 (800) 252-8683.
- Nếu bạn từ chối ghi danh đi bầu, quyết định này được giữ kín và chỉ cho mục đích về việc ghi danh của cử tri mà thôi.
- Nếu bạn quyết định ghi danh đi bầu, chi tiết về nơi văn phòng bạn nộp đơn sẽ được giữ kín và cũng chỉ dùng cho mục đích ghi danh của cử tri.

### Quyền Từ Chối Ghi Danh của Cử Tri

Tôi từ chối ghi danh bầu cử ngày hôm nay.

For Agency Use

Initial here if applicant refuses to sign.

\_\_\_\_\_

Initial here if applicant kept the application.

\_\_\_\_\_

Chữ ký của đương đơn/người tham gia, cha mẹ hoặc giám hộ

Ngày

Viết in Tên của Đương Đơn

Ngày

NRVA-WIC



EWIC-5V 12/08

Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.

© 2008 Bộ Phục Vụ Y-Tế Toàn Bang. Ngành Phục Vụ Dinh Dưỡng. Cơ quan giữ bản quyền.



## WIC Notification of Ineligibility or Termination

### Reason(s) for Ineligibility, Termination, or Certification Expiration

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exceeds income standards.<br><input type="checkbox"/> Mother stopped breastfeeding before one year, or breastfed child is over one year. | <input type="checkbox"/> Pregnancy ended more than six months ago.<br><input type="checkbox"/> Child is five years or older.<br><input type="checkbox"/> Other _____ |
|---|--|

The following reasons require the signature of a Certifying Authority or WIC Certification Specialist

- No condition of nutritional need (Infants 0–3 months)
  - Length and weight within normal limits.
  - Diet is adequate.
  - Medical history shows no condition of nutritional need.
- Program abuse. Program abuse includes, but is not limited to the following:
  - Selling or trading WIC benefits or food or formula purchased with WIC benefits.
  - Failure to report correct income and/or household size during certification.
  - Giving a false address during certification.
  - Dual Participation. Receiving benefits from more than one WIC clinic or state WIC program.
  - Purchasing unauthorized foods with WIC food benefits.
  - Other \_\_\_\_\_
- Caseload management. Please be advised that you and/or your child are still eligible for the program.
  - You have been placed on a waiting list as a priority \_\_\_\_\_

### Applicant or Participant Signature

The applicant(s)/participant(s) listed below have been determined ineligible for participation or terminated in the WIC program. The reason(s) for this ineligibility/termination is indicated above. If you feel your ineligibility or termination was determined unfairly, you may request a fair hearing. The fair hearing procedure will be explained to you by personnel at this agency. You may file a request in writing, call our toll-free number 1 (800) 942-3678 or e-mail [wicgeneral@dshs.state.tx.us](mailto:wicgeneral@dshs.state.tx.us).

\_\_\_\_\_  
Applicant/participant, parent, or guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

### For WIC Official Use Only

\_\_\_\_\_  
Applicant's/Participant's Name

\_\_\_\_\_  
Applicant's/Participant's Name

\_\_\_\_\_  
Applicant's/Participant's Name

\_\_\_\_\_  
Applicant's/Participant's Name

I certify that I have determined the ineligibility or termination of the applicant(s) / participant(s) listed above.

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

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Date

### Opportunity to Register to Vote

1. If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today?  YES  NO
2. Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.
3. IF YOU HAVE NOT CHECKED EITHER BOX YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME AND WILL BE ASKED TO SIGN BELOW.
4. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private and put it in the mail yourself.
5. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, you may file a complaint with the Elections Division of the Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, Texas 78711,1 (800) 252-8683.
6. If you decline to register to vote, this decision will remain confidential and be used only for voter registration purposes.
7. If you decide to register to vote, information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, and again will only be used for voter registration purposes.

#### Declination of Voter Registration

I decline to register to vote today.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

For Agency Use

Initial here if applicant refuses to sign.

\_\_\_\_\_

Initial here if applicant kept the application.

\_\_\_\_\_

NRVA-WIC



EWIC-5V 12/08

This institution is an equal-opportunity provider.

© 2008 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved.

