



## Carta de Inelegibilidad para Participar en WIC en Idaho

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por solicitar beneficios o por participar en el Programa WIC de Idaho. Si ha participado en el Programa WIC de Idaho, esperamos que WIC le haya sido de ayuda a usted y a su familia. Si esta es su primera visita a WIC y no califica, por favor regrese después si su situación cambia en lo que se refiere a las razones anotadas abajo.

\_\_\_\_\_ no califica o ya no recibe beneficios de WIC en esta clínica por las siguientes razones marcadas abajo:

- Usted/su hijo no es categóricamente elegible para WIC.
- El ingreso de la familia se sobrepasa de la guía de ingresos.  
El tamaño del hogar reportado: \_\_\_\_\_ El ingreso reportado/frecuencia: \_\_\_\_\_
- Ya pasaron seis (6) meses después del parto y no está amamantando.
- Su hijo ya tiene cinco (5) años de edad.
- Ha estado o está amamantando un bebé que ya tiene 12 meses de edad.
- Usted no vive dentro del área de servicio de esta agencia.
- Usted pidió no continuar participando en WIC.
- Usted/su hijo no tiene una necesidad de nutrición identificada.
- Otro: \_\_\_\_\_

Si siente que esta decisión no es justa, puede pedir una Audiencia Justa al contactar al Programa de WIC del Estado de Idaho, en 450 W. State St., 1<sup>st</sup> Fl., Boise, Idaho 83720 ó al Coordinador de Derechos Civiles al (907) 465-3100. Usted debe solicitar una audiencia justa por escrito dentro de sesenta (60) días de la fecha en esta carta. Si desea solicitar una Audiencia Justa, le daremos más detalles.

Nombre de la Agencia Local de WIC: \_\_\_\_\_

Firma del Participante/Solicitante/Adulto Responsable: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de WIC: \_\_\_\_\_

*El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar or paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).*

*Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).*

*Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).*

*El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.*