WIC PARTICIPANT RIGHTS, RESPONSIBILITIES AND CONSENT

What does WIC expect from you?

You will buy only the foods listed on the current Idaho Authorized Food List from an Idaho authorized grocery store.

You will use the foods only for the person(s) on the program. If you share custody of your child(ren), you will make sure that the WIC food benefits are shared for your child(ren).

You can name another person to use WIC food benefits. You will make sure that person knows how to use WIC food benefits correctly.

You will get food benefits from only one clinic at a time. If you move, or expect to move in the near future, you will ask for a transfer paper.

You will come to your appointments or call ahead when you need to reschedule.

You will treat WIC and store staff with courtesy and respect.

What can you expect from WIC?

Standards for eligibility and participation in the WIC Program are the same for everyone, regardless of race, color, national origin, age, handicap, or sex.

You may appeal any decision made by the local agency regarding your eligibility for the Program.

The local agency will make health services, nutrition education and breastfeeding support available to you, and you are encouraged to participate in these services.

WIC staff will treat you with courtesy and respect.

If you qualify for WIC, you will get WIC food benefits to buy healthy foods. You understand that WIC does not give all the food or formula needed in a month.

I understand my rights and responsibilities:

- I will notify WIC of <u>any</u> changes to the information I have given.
- I will not return WIC foods to the grocery store for money, credit, or other items. I will not sell or attempt to sell, trade, or give away WIC food benefits or breast pumps paid for by WIC. If I do, I understand that I may be taken off WIC.
- If I break the rules, make false statements, or withhold facts about my eligibility for the WIC Program, I understand that I can be taken off WIC.
- If I fail to use WIC benefits for two consecutive appointments, I may be terminated from the program.
- If I move out of state I will turn in my transfer paper from my old WIC clinic to my new WIC clinic.
- I will be notified when and why my WIC program benefits will end.

(over)

Please read the statements below and sign to indicate you understand and agree to follow these conditions if you and your child(ren) are determined eligible to participate in the Idaho WIC Program.

- I consent to the taking of height and weight measurements and a finger stick blood test to check iron status for myself and/or my child(ren). These are used to establish nutritional need for the WIC Program.
- I authorize the WIC Program to share eligibility information (such as name, address, income level and birth date) for myself and my child(ren) with local, state, and federal WIC programs. This information may also be shared with the Idaho Department of Health and Welfare's Medicaid, SNAP and Title X Family Planning programs for the purpose of referral.
- I authorize the WIC Program to share immunization status with the Immunizations Program for referral purposes.
- I authorize the WIC Program to use health data and eligibility information for receiving WIC services and for evaluating the effectiveness of the program, monitoring, and auditing the program. I release these agencies from any and all responsibility and liability concerning the release of information I have consented to be released.
- I may review my record and I have the right to revoke this consent in writing at any time.
- Your rights and responsibilities are also written inside the Idaho WIC Authorized Food List.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: How to File a Complaint, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

♦ **Please check the appropriate box below regarding how the WIC program will contact you:**

- I ☐ do ☐ do not authorize the WIC program to contact me, for example leave a voicemail message or text message, at the phone number I provide to WIC. I understand messages may contain information including but not limited to the WIC program name, applicant, participant and/or family name(s) and information related to appointments.
- I have the right to change my selection at any time by notifying the clinic.

By signing this form, you agree with the following:

- I have been advised of my rights and obligations under the Program.
- I understand my rights and responsibilities and I agree to follow them.
- I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
- This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form.
- I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

X _____

Signature of Responsible Adult **Date**

X _____

Signature of Authorized Signer **Date**

FID#:_____

(For WIC staff use only)

FORM 104A 1/2019

♦ **Por favor marque abajo la casilla correspondiente respecto a cómo el programa WIC se comunicará con usted:**

- ☐ Autorizo o ☐ no autorizo al programa WIC para dejar mensajes de correo de voz en el número de teléfono que proporcioné a WIC. Entiendo que los mensajes pueden contener información que incluye pero no se limita al nombre del programa WIC, nombre(s) del solicitante, participante y/o de la familia e información relacionada con las citas.
- Tengo el derecho a cambiar mi elección en cualquier momento mediante notificación a la clínica.

Al firmar este formulario, usted acepta:

- Se me ha informado de mis derechos y obliganciones en el Programa.
- Entiende mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información en este formato.
- Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

X _____

Firma del adulto responsable **Fecha**

X _____

Firma de la persona autorizada **Fecha**

FID#:_____

(For WIC staff use only)

FORM 104A 1/2019

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

¿Qué espera WIC de usted?

Sólo va a comprar los alimentos en la Lista de Alimentos Autorizados de Idaho (*Idaho Authorized Food List*) de un supermercado autorizado en Idaho.

Sólo va a usar los alimentos de la(s) persona(s) en el programa. Si comparte la custodia de su(s) hijo(s), se tiene que asegurar que los beneficios del programa de los alimentos de WIC se compartan con su(s) hijo(s).

Usted puede asignar a otra persona para que use los beneficios del programa de los alimentos de WIC. Se tiene que asegurar que esta persona sepa usar correctamente los beneficios del programa de los alimentos de WIC.

Va a recibir los beneficios del programa de los alimentos de WIC de una sola clínica a la vez. Si se muda de casa o espera mudarse en el futuro cercano, tendrá que pedir un papel de transferencia.

Va a llegar a sus citas o va a llamar antes si tiene que cambiar su cita.

Va a tratar al personal de WIC y de la tienda con amabilidad y respeto.

¿Qué puede esperar usted de WIC?

Las normas de elegibilidad y participación en el Programa WIC son las mismas para todos, independientemente de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto de su elegibilidad al Programa.

La agencia local pondrá a su disposición los servicios de salud, educación en nutrición y apoyo para la lactancia, y se le recomienda que participe en estos servicios.

El personal de WIC lo va a tratar con amabilidad y respeto.

Si califica para el programa WIC, va a recibir los beneficios del programa de los alimentos de WIC para comprar alimentos saludables. Usted entiende que WIC no proporciona todos los alimentos o la fórmula que se necesita en un mes.

Entender mis derechos y responsabilidades:

- Voy a notificar a WIC de <u>cualquier</u> cambio en la información que yo proporcioné.
- No voy a regresar los alimentos de WIC al supermarcado por dinero, crédito u otros artículos. No voy a vender, cambiar o regalar los beneficios del programa de los alimentos de WIC, o bombas de pecho pagadas por WIC. Si lo hago, entiendo que a mi me pueden sacar el Programa WIC.
- Si no cumplo con las reglas, doy declaraciones falsas, o no proporciono hechos sobre mi elegibilidad al Programa WIC, entiendo que a mi me pueden sacar el Programa WIC.
- Si no use los beneficios del programa de los alimentos de WIC en dos citas consecutivas, puedo ser expulsado del programa.
- Si me mudo fuera del estado, entregaré el documento de transferencia de mi antigua clínica de WIC a mi nueva clínica de WIC.
- Me van a avisar cuándo y por qué se terminaron mis beneficios del programa WIC.

(más al reverso)

Por favor lea las declaraciones siguientes y firme para indicar que entiende y que está de acuerdo en seguir estas condiciones si se determina que usted y sus hijos son elegibles para participar en el Programa WIC de Idaho.

- Autorizo que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- Autorizo al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección, nivel de ingresos y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados en este formulario con los patrocinadores de WIC locales, estatales y federales. Esta información también puede que sea compartida con los Programas de Medicaid y, SNAP y planificación de la familia del titulo X del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para usarlos en referencias.
- Autorizo al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.
- Autorizo al programa WIC de usar información sobre la salud y de elegibilidad para recibir servicios de WIC y para evaluar la efectividad del programa, y supervisar y examinar el programa. Yo libero a estas agencias de cualquier responsabilidad relacionada a la liberación de información que he autorizado que sea liberada.
- Yo puedo revisar mi expediente y tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a cualquier hora.
- Sus derechos y responsabilidades también se incluyen en la Lista de Alimentos Autorizados de Idaho (*Idaho Authorized Food List*).

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.