



WIC SIGNATURE FOR CERTIFICATION

Applicant Name: _____ CARES ID _____ Date _____

Competent Professional Authority (CPA)

WIC Health Technician (Clerk)

Rights and Responsibilities

Participant Rights:

While you participate in the WIC Program, you have the right to expect that:

1. Health services and nutrition education will be made available to you. You are encouraged to participate in these services.
2. The foods provided to you through the program will be selected based on your health/ nutritional needs, and that these foods will be of good quality.
3. You will receive courteous service.
4. If you disagree with any decision affecting your eligibility, you or your authorized representative may request, either orally or in writing (within 60 days of this decision), a fair hearing from the State Agency WIC Office.
5. This is an equal opportunity program. If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, or handicap, write immediately to the U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250.

Participant Obligations:

As a WIC Program participant, you are responsible for:

1. Keeping all appointments, or notifying the clinic ahead of time to reschedule appointments that you are unable to keep.
2. Making sure you do not participate in two or more WIC Programs at the same time.
3. (WIC ONLY) Allowing clinic staff to secure height, weight, blood work, and other measurements, as necessary.
4. Following the guidelines set for obtaining and using the foods made available by the program.
5. If checks are not picked up for two consecutive cycles you are automatically terminated from the program. You must reapply for WIC.

Participant Consent:

1. "I hereby consent to participate in the program and agree with the responsibilities of participation."
2. "I understand that my participation in more than one WIC Program at the same time is illegal. Failure to comply will result in suspension from the program".
3. "I have been advised of my rights and obligations under the Program. 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.
4. "I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in my paying the State Agency, in cash the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil criminal prosecution under District of Columbia and Federal law".
5. "I understand that the WIC Program may share information from the certification form with other government agencies, such as (but not limited to) the Division of Immunization, the Office of Maternal and Child Health, Healthy Start, and the Medicaid and Food Stamp Programs in order to help the participant obtain other services, including childhood immunizations and prenatal care. Please initial _____.

Proxy# 1

Signature of Participant or Parent or Guardian

Proxy# 2

Yes No I would like to receive text and/or email messages for any WIC-sponsored program.

Applicant Not Eligible for Program Benefits

The applicant was ineligible for Program benefits and informed of the reason in writing, the right to a fair hearing and given the necessary referrals.



USDA Nondiscrimination Statement

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:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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.

Signature of Participant or Parent or Guardian

Initials of CPA/ Clerk

This institution is an equal opportunity provider.



Administración de Salud Pública

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Salud



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud

FIRMA DEL PROGRAMA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS PARA LA CERTIFICACIÓN

Nombre del solicitante: _____ Id. de CARES _____ Fecha _____

Autoridad profesional competente (CPA) _____

Empleado de salud del WIC _____

Derechos y responsabilidades

Derechos del participante:

Mientras participa en el Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) tiene derecho a esperar lo siguiente:

- 1. Podrá contar con servicios de salud y educación nutricional. Lo animarán a que participe en estos servicios.
2. Los alimentos que reciba por medio del programa serán seleccionados según sus necesidades nutricionales y de salud, y dichos alimentos serán de buena calidad.
3. Recibirá un buen servicio.
4. Si no está de acuerdo con alguna decisión que afecta su elegibilidad, usted o su representante autorizado pueden solicitar, ya sea de forma oral o escrita (dentro de los 60 días de haber tomado la decisión), una audiencia justa con la Oficina de la agencia estatal del WIC.
5. Este es un programa que ofrece igualdad de oportunidades. Si considera que ha sido discriminado a causa de su raza, color, nacionalidad, edad, género o discapacidad, comuníquese por escrito de inmediato con la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Ave, SW, Washington, DC, 20250.

Obligaciones del participante:

Como participante del Programa WIC, usted tiene la obligación de hacer lo siguiente:

- 1. Asistir a todas las citas o, si no puede asistir, notificar a la clínica con suficiente anticipación para poder reprogramarlas.
2. Asegurarse de que no participa en dos o más programas WIC al mismo tiempo.
3. (SOLO WIC) Permitir que el personal de la clínica controle su altura, peso y realice análisis de sangre y otras medidas, según sea necesario.
4. Respetar las pautas establecidas para obtener y usar los alimentos disponibles en virtud del programa.
5. Si no retira los cheques de dos ciclos consecutivos, finalizará su participación en el programa de forma automática. Deberá volver a solicitar la participación en el WIC.

Consentimiento del participante:

- 1. "Al firmar el presente documento, acepto participar en el programa y estoy de acuerdo con todas las responsabilidades que conlleva".
2. "Entiendo que mi participación en más de un Programa WIC al mismo tiempo es ilegal. Si no respeto dicho requisito, finalizará mi participación en el programa".
3. "Me han explicado mis derechos y obligaciones en virtud del Programa. Certifico que toda la información que brindé para que se determine mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender. El presente formulario de certificación se envía en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa podrán verificar la información que contiene".
4. "Entiendo que realizar de forma intencional una declaración falsa o engañosa o declarar hechos incorrectos, incompletos u ocultarlos de forma intencional puede resultar en la obligación de mi parte de pagarle a la agencia estatal en efectivo el valor de los beneficios alimentarios que me otorgaron, y puedo quedar inculcado penalmente en virtud de las leyes del Distrito de Columbia y la ley federal".
5. "Entiendo que el Programa WIC puede compartir la información que figura en el formulario de certificación con otras agencias gubernamentales, tales como (entre otras) la División de Inmunización, la Oficina de Salud Materna e Infantil, Healthy Start y los programas de Medicaid y de cupones de alimentos, con el objetivo de ayudar al participante a que obtenga otros servicios, como inmunizaciones infantiles y atención prenatal". Por favor, firme con sus iniciales _____.

Representante n.º 1 _____

Firma del participante o padre/madre o tutor _____

Representante n.º 2 _____

[] Sí [] No Me gustaría recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos con información sobre cualquier programa patrocinado por WIC.

[] Solicitante no elegible para recibir los beneficios del programa

USDA Nondiscrimination Statement 2015 (Spanish)

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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.

Firma del participante o padre/madre o tutor

Firma del CPA, CPPA o Empleado