

NOTICE OF TERMINATION / INELIGIBILITY / WAITING LIST (ENGLISH)

DATE: _____

NAME: _____	DATE OF BIRTH: _____
ADDRESS: _____	
CITY/ZIP CODE: _____	PHONE NUMBER: _____
TERMINATION/INELIGIBILITY SECTION: ☐ You are not eligible for the Georgia WIC Program because you: ☐ You are being terminated from Georgia WIC because you: _____ have an income that is too high for the Georgia WIC Program. _____ do not live in the area served by the Georgia WIC Program. _____ are not pregnant, postpartum, or breastfeeding woman; child under five (5) years. _____ do not have a medical/nutritional health problem. _____ did not return to the clinic for your recertification appointment on _____ (date). _____ did not pick-up your food vouchers for two (2) months. You will be terminated on _____ (date). _____ Fund are not available to serve postpartum non-breastfeeding women. Other _____	
SUSPENSION SECTION: ☐ You are being suspended from the Georgia WIC Program for three (3) months because you broke the following Georgia WIC Program rule(s)	
WAITING LIST SECTION: ☐ You are being placed on a waiting list. Funds are not available to serve priority(ies) _____. You are in priority _____. • You may still receive nutritional education and other services provided by the Health Department. • If you need information or would like to discuss this decision, please contact Georgia WIC at the address below:	
FAIR HEARING SECTION: You have a right to a fair hearing if you do not agree with the reason for your termination/ineligibility or waiting list placement. A request for a fair hearing must be made within 60 days of the date of this notice. Fair hearing requests should be addressed to: Georgia WIC Program ADDRESS CITY/ZIP CODE PHONE NUMBER	
SIGNATURE/PARENT/CAREGIVER/GUARDIAN WIC REPRESENTATIVE SIGNATURE/TITLE	

"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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.

This institution is an equal opportunity provider.

Revised: November/2015

EL PROGRAMA WIC DE GEORGIA
NOTICE OF TERMINATION/INELIGIBILITY/WAITING LIST FORM (SPANISH)
NOTICIA DE DECONTINUACIÓN / INELIGIBILIDAD /LISTA DE ESPERA

Fecha: _____

NOMBRE: :	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION:	
CIUDAD / CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELÉFONO:
SECCIÓN DE DESCONTINUACION / DESCUALIFICACION: ☐ Usted no es seleccionada para el programa WIC porque: ☐ Usted ha sido descualificada del programa WIC porque: _____ Tiene un ingreso muy alto para el Programa WIC _____ No vive en el area servida por el Programa WIC _____ No es una mujer embarazada, acaba de dar a luz, esta dando pecho a su bebe; o tiene un _____ _____ niño (a) menor de (5) años de edad. _____ No tiene problemas de salud o nutrición _____ No regreso a la clinica para su cita de qualificación el _____ _____ (fecha). _____ No recogió sus cupones para comida por 2 meses. Usted será descualificada el _____ _____ (fecha). Otro _____ los fondos no son disponible para servir a mujeres desupés del parto no amamantando.	
SECCIÓN DE SUSPENCION:	

☐ Usted ha sido suspendida del Programa WIC por tres (3) meses porque rompio la(s) siguiente(s) regla(s)

SECCIÓN DE LISTA DE ESPERA:

☐ Usted ha sido puesta en la lista de espera. No hay fondos disponibles para servir la prioridad

_____. Usted esta en la proirdad

• Usted puedo recibir education nutritiva y otros servicios provistos por el Departamento de Salud.

• Si necesita más información o quisiera discutir esta decision, por favor llame a la oficina del

Programa WIC a la dirección abajo:

SECCIÓN DE JUICIO IMPARCIAL:

Usted tiene derecho a un juicio imparcial si no esta de acuerdo con la razon para la seleccón de su

puesto en al Noticia de Decontinuación / Ineligibilidad / Lista de Espera. La petición para un juicio

imparcial tiene que hacerce por escrito antes de 60 días a partir de la fecha de esta notificación. La

petición debe ser dirigida a:

PROGRAMA WIC

DIRECCION

CIUDAD / CODIGO POSTAL

DE TELEFONO

Firma del Participante / Padre o Madre

Firma del Representante

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.

Revised: Novemeber/2015