

**Programa WIC de Georgia**  
**Guión para entrevistas**

WIC de Georgia es un programa de nutrición para mujeres, bebés y niños que tienen necesidades nutricionales y son elegibles por sus ingresos. Los afiliados elegibles del programa recibirán:

- Evaluación nutricional
- Educación nutricional
- Alimentos saludables (leche, huevos, queso, jugos, cereales, mantequilla de maní, frijoles o guisantes, zanahorias, atún y fórmula infantil para lactantes)
- Apoyo a las madres lactantes
- Remisión a otros servicios médicos y sociales

Usted puede calificar para WIC si:

- **está** embarazada, acaba de tener un bebé, está amamantando a un bebé o tiene niños pequeños menores de 5 años;
- **tiene** un ingreso familiar moderadamente bajo, incluso si usted trabaja, y
- **tiene** una necesidad médica documentada relacionada con la nutrición:
- **y vive** en el estado de Georgia.

La siguiente información se solicita con fines estadísticos y las respuestas no tendrán ningún efecto en el recibo de los servicios de WIC

¿Es usted un trabajador agrícola migrante\*? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\* Un trabajador agrícola migrante es un individuo cuyo empleo principal es en la agricultura sobre una base estacional, que ha estado empleado en los últimos veinticuatro (24) meses y que establecen una morada temporal con tal propósito.

¿Es usted hispano / latino? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

(Sí = Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América del Sur o Central, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.)

**¿Cuál es su RAZA?** *Usted puede elegir más de una raza o todo lo que corresponda.*

1. \_\_\_\_\_ **Blanco:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Oriente Medio o el norte de África.
2. \_\_\_\_\_ **Negro o afroamericano:** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
3. \_\_\_\_\_ **Asiático:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
4. \_\_\_\_\_ **Indio americano / Nativo de Alaska:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluida América Central), y que mantiene afiliación tribal o lazo comunitario.
5. \_\_\_\_\_ **Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015

**PROGRAMA WIC de GEORGIA**  
**Certificación de treinta (30) días y formulario de baja**

**Esta certificación de treinta (30) días le permite estar en Georgia WIC durante treinta (30) días solamente. El período de certificación se extenderá si trae a la clínica la documentación exigida en un plazo de 30 días y se confirma que usted cumple con los requisitos.**

FECHA \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO:</b>
<p>_____ Si no trae la siguiente información a más tardar el _____, se le dará de baja de Georgia WIC. (fecha)</p> <p><b>Prueba de:</b> _____ Ingreso familiar o _____ Medicaid, TANF o Documentación del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) (marque uno)</p> <p>_____ Identificación – Cliente          _____ Identificación – Padres o tutores          _____ Residencia</p> <p>Representante de WIC _____ Fecha _____</p> <p style="text-align: center;"><b>SI NO TRAE ESTOS DOCUMENTOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD A MÁS TARDAR EN LA FECHA QUE FIGURA ARRIBA SE LE DARÁ DE BAJA DE GEORGIA WIC</b></p> <p>_____ Se le está dando de baja de Georgia WIC porque hemos comprobado que sus ingresos están por encima de lo permitido.</p> <p>Representante de WIC _____ Fecha _____</p>	
<b>SECCIÓN DE AUDIENCIA JUSTA:</b>	
<p>Usted tiene derecho a una audiencia justa si no está de acuerdo con la razón por la que le dieron de baja. La solicitud de audiencia justa debe hacerse en un plazo de 60 días a partir de la fecha de este aviso. Las solicitudes de audiencia justa deben dirigirse a:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Georgia WIC</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Dirección</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Ciudad y código postal          Número de teléfono</p>	
<b>Firma del participante, padre, madre, cuidador o tutor</b>	<b>Firma y cargo del representante de WIC</b>

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015

**NO SE LES COBRA POR LOS  
SERVICIOS DE WIC**



**EL WIC DE  
ESTADO**

**GEORGIA HA**

**PROMOVIENDO HABITOS SALUDABLES PARA LA NUTRICION  
DE MUJERES, INFANTES Y NINOS DESDE 1974  
1-800-228-9173**

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015

**Departamento de Salud Pública  
Programa WIC de Georgia  
Derechos Y Obligaciones**

Cómo presentar una queja

**Si piensa que lo han tratado injustamente, notifíquelo usando la información indicada a continuación.** El programa WIC de Georgia le ayudará también a notificar a las autoridades pertinentes, de ser necesario.

**QUEJAS**

Puede llamar gratis al programa WIC de Georgia acerca de cualquier queja, al número de teléfono señalado a continuación:

**1-800-228-9173**

**o escribir sobre su queja a esta dirección:**

Georgia WIC Program Office of Integrity & Strategy  
2 Peachtree Street, Suite 10-293 Atlanta, GA 30303

**DISCRIMINACIÓN Y/O DERECHOS CIVILES**

Si usted cree que le han discriminado o que se han violado sus derechos civiles, puede comunicarse con Georgia WIC llamando gratis al número **1-800-228-9173**, o escribiendo sobre su queja a la dirección siguiente:

**Georgia WIC Program, Office of Program Integrity & Strategy  
2 Peachtree Street, 10th Floor Atlanta, GA 30303**

También puede comunicarse directamente con la Oficina Federal de Arbitraje (Federal Office of Adjudication), llamando al número de teléfono que aparece a continuación:

**1-866-632-9992**

**y/o puede escribir a la Oficina de Arbitraje (Office of Adjudication)  
a la dirección siguiente:**

**Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9140**

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Sus Responsabilidades:**

- Ir a sus citas y llegar a tiempo. Si no puede ir a su cita, debe llamar a la oficina local de WIC para reprogramar la cita lo antes posible.
- Traer todos los documentos solicitados a cada cita.
- Tratar al personal de WIC y de la tienda con cortesía y respeto.
- Participar en una sola clínica de WIC al mismo tiempo. Si me mudo, puedo solicitar una tarjeta de transferencia.
- Seleccionar el programa WIC o Programa de Productos Alimenticios Complementarios (CSFP) en el que deseo participar. Nadie puede participar en ambos programas al mismo tiempo.
- Seguir las reglas mientras reciba beneficios de WIC. El personal de WIC me explicará cómo debo usar los Cupones de WIC cuando ingrese al programa.
- Comprar solo los alimentos que figuren en mis Cupones de WIC. Usaré los alimentos solamente para la persona que esté inscrita en el programa.
- Entiendo que no se pueden reemplazar mis cupones de WIC si se pierden o me los roban.
- Informar cualquier cambio en mis ingresos, número de miembros en la familia o derecho a recibir beneficios de Medicaid, Cupones de Alimentos o TANF.

**Usted puede ser suspendido del programa WIC si:**

- No dice la verdad acerca de toda la información que proporcione a WIC.
- **Recibe beneficios de más de una (1) clínica al mismo tiempo.**
- Usted o su niño participa en CSFP y WIC al mismo tiempo.
- No sigue las reglas cuando usa los Cupones de WIC.
- Usa lenguaje abusivo o emplea violencia contra el personal de la clínica de WIC, el personal de la tienda de WIC u otros clientes de WIC.
- **Intenta vender alimentos de WIC, bombas para extraer leche materna o cupones de WIC mediante una oferta de venta verbal a otra persona o anunciando los artículos para la venta en medios impresos o por Internet, o permite que alguien lo haga por usted.**
- No va a sus citas durante dos meses consecutivos.
- Usa sus cupones para comprar alimentos que no están en la lista de alimentos autorizados por WIC.
- Intercambia sus alimentos de WIC después de comprarlos por algún artículo que no figura en el cupón.
- Amenaza al personal de la clínica, personal estatal, gerente de la tienda o cajeros, o el personal de seguridad en la clínica. Si usted hace una amenaza, es posible que se cancele su participación en el programa o pierda el privilegio de ir a la clínica. Si pierde dicho privilegio, podrá ir un apoderado en nombre de su hijo.
- Usted intenta que otros participantes violen las reglas del programa, incluida la venta de cupones.
- Comete un delito en la clínica de WIC o en los predios de la clínica.
- Su apoderado designado comete las violaciones mencionados arriba.

**Departamento de Salud Pública  
Programa WIC de Georgia  
Derechos Y Obligaciones**

Entiendo que se protegerá toda la información que he proporcionado. Puede compartirse la información sobre mi participación en WIC con otros programas del Departamento de Salud Pública del Estado de Georgia. Solo se usará esta información para ayudarme a obtener otros servicios de salud y conocer cómo estos servicios

pueden satisfacer mis necesidades. Pueden compartirse los registros de vacunas de mi hijo con el registro estatal de vacunas. Si me mudo a otra área de servicio de WIC, se compartirá información sobre mi participación en el programa con la clínica de WIC en el área donde me mude, de manera que pueda seguir recibiendo los beneficios de WIC. WIC puede darme información acerca de mí (el participante o cuidador) o de mi hijo.

**Entiendo mis derechos y responsabilidades con el Programa WIC. La información que he proporcionado es correcta y el personal de WIC podría verificar cualquier información. Entiendo que si he mentido intencionalmente o violo las reglas del programa (1) mi hijo o yo podemos ser suspendidos del programa WIC hasta por 1 año, (2) puedo ser acusado de delitos y/o (3) tendré que devolver el dinero al programa por todos los alimentos o fórmula que no tenía derecho a recibir.**

---

Firma del Participante o Cuidador

---

Fecha

Revision Date December, 2015

**PROGRAMA WIC de GEORGIA**  
**LISTA DE PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN, RESIDENCIA E INGRESO**

**¡Ayude a WIC a ayudarle a usted!**

**“Para cada solicitante, participante, tutor o cuidador, así como también para cada bebé o niño, se necesitan pruebas de identificación, residencia e ingresos”.** Sírvase llamar a su departamento local de WIC si tiene alguna pregunta Siempre que su niño, bebé o usted tengan que ser certificados para recibir WIC, deben presentar prueba de cada una de las siguientes categorías:

**Prueba de identificaciones**

(es requisito presentar una prueba)

**Bebé:**

Acta de nacimiento  
Carta de confirmación de nacimiento  
Pulsera de identificación del hospital (madre y bebé)  
Certificado de vacunaciones  
Identificación militar  
Expedientes médicos  
Tarjeta del Seguro Social  
Documentos del alta del hospital  
Tarjeta de EVOC o VOC (con identificación adicional)  
Tarjeta de pasaporte/pasaporte  
Formulario número 2  
Remisión al Programa WIC de Georgia  
(Solo para recién nacidos hospitalizados)

**Niño:**

Acta de nacimiento  
Certificado de vacunaciones  
Expedientes médicos  
Tarjeta del Seguro Social  
Identificación militar  
Tarjeta de EVOC o VOC (con identificación adicional)  
Tarjeta de pasaporte/pasaporte

**Mujeres:**

Acta de nacimiento  
Licencia de conducir  
Certificado de vacunaciones  
Identificación militar  
Expedientes médicos  
Pulsera de identificación del hospital (madre y bebé)  
Tarjeta del Seguro Social  
Identificación del estado o la escuela  
Tarjeta de EVOC o VOC (con identificación adicional)  
Identificación de WIC  
Identificación del trabajo  
Tarjeta de pasaporte/pasaporte

**Prueba de residencia (dirección)**

(es requisito presentar una prueba)

Factura de TV por cable	Factura del gas	Factura del teléfono
Factura de electricidad	Factura del agua	Recibo de renta o hipoteca
Medicaid (la dirección tiene que ser visible cuando se pasa la tarjeta o mediante acceso a Internet)		
Expediente médico		

**(No se aceptan direcciones de apartados postales)**

**Prueba de ingreso**

(Traiga una prueba de ingreso para cada miembro del hogar)

Pensión de divorcio	Ingreso por renta (neto)	Jubilación del gobierno
Comprobante de sueldo	Dividendos o intereses de bonos	Compensación por desempleo
Anualidades	Empleo por cuenta propia (ingreso neto)	Carta de su empleador
Pensiones	Ingreso de patrimonio	Aviso de desempleo
Cuotas básicas de Pensiones privadas	Seguro Social	Medicaid
Pagos para manutención de niños	Estados financieros	Jubilación militar
Asistencia pública o pagos de bienestar social (TANF)	Complemento del Seguro Social (SSI)	Pago de los Veteranos
Contribución de personas	Documentación de cupones de alimentos	Compensación monetaria
Declaración de impuestos actual	Fideicomiso	Derechos de autor netos

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015



**PROGRAMA WIC de GEORGIA  
AVISO DE BAJA, INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS O LISTA DE ESPERA**

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:</b>	<b>NUMERO DE TELÉFONO:</b>
<b>SECCIÓN DE TERMINACIÓN E INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS:</b> <input type="checkbox"/> Usted no puede participar en Georgia WIC Program porque:  <input type="checkbox"/> Se le está dando de baja del programa Georgia WIC Program porque usted:  _____ tiene un ingreso demasiado alto para Georgia WIC Program. _____ no vive en el área de servicio de Georgia WIC Program. _____ no está embarazada, en etapa de posparto ni amamantando; el niño es menor de cinco (5) años. _____ no tiene problema de salud médico ni nutricional. _____ no regresó a su cita en la clínica para fines de recertificación el _____ (fecha). _____ no recogió sus cupones de alimentos durante dos (2) meses. El programa terminará para usted el _____ (fecha). Otro _____ No hay fondos disponibles para prestar servicio a mujeres en etapa de posparto que no están amamantando. _____.	
<b>SECCIÓN DE SUSPENSIÓN:</b> <input type="checkbox"/> Se le está suspendiendo del programa Georgia WIC Program durante tres (3) meses porque no cumplió con las siguientes reglas de Georgia WIC:	
<b>SECCIÓN DE LISTA DE ESPERA:</b> <input type="checkbox"/> Usted está en lista de espera. No hay fondos disponibles para dar servicio a la(s) prioridad(es) _____. Usted está en prioridad _____. <ul style="list-style-type: none"><li>• Usted puede seguir recibiendo educación sobre nutrición y otros servicios prestados por el Departamento de Salud.</li><li>• Si necesita información o desea conversar sobre esta decisión, sírvase comunicarse con Georgia WIC a la dirección que figura más abajo:</li></ul>	
<b>SECCIÓN DE AUDIENCIA JUSTA:</b> Usted tiene derecho a una audiencia justa si no está de acuerdo con la razón de su baja, incumplimiento de requisitos o colocación en lista de espera. La solicitud de audiencia justa debe hacerse en un plazo de 60 días a partir de la fecha de este aviso. Las solicitudes de audiencia justa deben dirigirse a:  _____ Georgia WIC Program  _____ DIRECCIÓN  _____ CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL / _____ NÚMERO DE TELÉFONO	
_____ <b>FIRMA DEL PADRE O LA MADRE, CUIDADOR O TUTOR</b>	_____ <b>FIRMA DEL REPRESENTANTE</b>

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision date December, 2015

## **PROGRAMA WIC de GEORGIA**

### **Cómo presentar una queja**



**Si usted cree que le han tratado injustamente, sírvase hacérselo saber usando la información que aparece más abajo.** Georgia WIC Program le ayudará y notificará a las autoridades correspondientes si es necesario.

#### **CUALQUIER QUEJA**

Puede llamar gratis a Georgia WIC Program sobre cualquier queja que tenga al número de teléfono: **1-800-228-9173** o escribir sobre su queja a la dirección siguiente:

**Georgia WIC Program  
2 Peachtree Street, Suite 10-293  
Atlanta, GA 30303**

#### **DISCRIMINACIÓN Y DERECHOS CIVILES**

Si usted cree que le han discriminado o que se han violado sus derechos civiles, puede comunicarse con Georgia WIC Program llamando gratis al número **1-800-228-9173**, o escribiendo sobre su queja a la dirección siguiente:

**Georgia WIC Program  
2 Peachtree Street, Suite 10-293  
Atlanta, GA 30303**

También puede ponerse en contacto con la Oficina Federal de Arbitraje (Federal Office of Adjudication) directamente llamando al número de teléfono que aparece más abajo:

**1-866-632-9992**

**o escribir a la Oficina de Arbitraje (Office of Adjudication) a la siguiente dirección:**

**Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9140**

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015

## Caregiver's Rights and Obligations Statement

### WIC del Estado de Georgia Declaración de derechos y obligaciones de los cuidadores

Cuando el padre/madre, tutor o cuidador de un participante de WIC cambia **durante** el período de certificación, la clínica puede emitir hasta 3 meses de beneficios de alimentos al infante o niño si se cumplen **TODAS** las cinco (5) condiciones que aparecen a continuación:

1. El cuidador debe traer al infante o niño participante a la cita de WIC. Si no trae al infante o niño a la clínica, tendrá que reprogramar la cita.
2. El cuidador debe proporcionar prueba de identificación del infante o niño o la carpeta de identificación de WIC. Si la identificación no está disponible, el personal debe emitir un mes de beneficios de alimentos y pedirle al cuidador que regrese el mes siguiente con los documentos correspondientes.
3. El nuevo cuidador debe FIRMAR la declaración que aparece abajo en la oficina de WIC mediante la cual declara que está cuidando del infante o niño y debe proporcionar una explicación sobre las circunstancias que lo llevaron a pasar a ser el cuidador.
4. El personal de WIC ayudará a preparar la declaración escrita si el nuevo cuidador no puede escribir, y este debe firmar la identificación o hacer su marca de identificación.
5. Los ingresos del nuevo cuidador deben cumplir los criterios de calificación de WIC.

#### Declaración de cambio de cuidador de infante o niño

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), he pasado a ser el (la) cuidador(a) de  
\_\_\_\_\_ (nombre), fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, porque (motivo)  
\_\_\_\_\_. El (la) cuidador(a)  
\_\_\_\_\_ (nombre) ya no es el (la) cuidador(a) de este(a) niño(a). Si esta situación  
cambia, notificaré a la clínica de WIC inmediatamente.

**Entiendo mis derechos y obligaciones para con el programa WIC. La información que he proporcionado es correcta y el personal de WIC puede verificar cualquier información. Entiendo que, si he mentido intencionalmente o violado las reglas del programa, (1) yo o mi hijo(a) podemos ser suspendidos(as) del programa WIC durante un período de un año, (2) puedo enfrentar cargos criminales, o (3) tendré que devolver el dinero al programa por los alimentos o la fórmula que no debí haber recibido.**

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

Firma de miembro del personal de WIC: \_\_\_\_\_

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revision Date December, 2015

## FORMULARIO DE PODER LEGAL DE WIC

En el mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letra de imprenta) autorizo a \_\_\_\_\_ (escriba el nombre de la persona designada en letra de imprenta) a que recoja mis cupones de WIC y los canjee en la tienda de comestibles. El apoderado solo recibirá un mes de beneficios de alimentos.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

### RECORDATORIOS IMPORTANTES:

1. Usted tiene que notificar a su apoderado cuándo tiene que recoger sus cupones.
2. La persona que usted designe como apoderado tiene que presentar un comprobante de identificación y este formulario lleno a la clínica de WIC antes de que se emitan los cupones.
3. Se emitirá un poder solo por un mes de cupones a la vez.
4. El apoderado tiene que llevar consigo la tarjeta de identificación de WIC y comprobante de identificación propia cuando canjee los cupones en la tienda de comestibles.

Nombre del cliente	Número de identificación de WIC	Números de cupones

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal de la agencia local

\_\_\_\_\_  
Fecha

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha de revisión: diciembre de 2015

**Programa WIC de Georgia  
VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA O INGRESOS**

**Sección sobre el hogar:**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que la(s) persona(s) mencionadas abajo viven conmigo.  
Nombre en letra de imprenta

**Nombre del (los) solicitante(s) de WIC:**

**Dirección:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Incluido(s) el (los) solicitante(s) mencionado(s) arriba, hay \_\_\_\_\_ personas en mi familia. ("Familia" significa las personas que viven juntas estén o no emparentadas.)

Le doy permiso al (los) solicitante(s) mencionado(s) arriba para presentar la documentación de ingresos (ejemplo: talón de pago) y residencia de mi familia al Programa WIC de Georgia. Se adjunta esta información.

\_\_\_\_\_  
Dirección: Firma Fecha

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección de la clínica:**

Este formulario debe ser devuelto el \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Funcionario de WIC**

**Fecha**

**Funcionario de WIC**

**Fecha en que se recibió**

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO A VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN, DE SER NECESARIO.**

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

**PROGRAMA WIC DE GEORGIA  
FORMULARIO DE FALTA DE COMPROBANTES**

El Programa WIC de Georgia exige que cada solicitante presente documentación de identificación, residencia (dirección) e ingresos para poder participar en el Programa WIC de Georgia. Este formulario tiene que ser llenado por aquellas personas que no pueden obtener documentación, como un talón de pago. Lea la siguiente declaración antes de llenar este formulario.

Entiendo que al llenar, firmar y fechar este formulario, certifico que la información que estoy proporcionando es correcta. Entiendo que la tergiversación intencional puede dar como resultado el pago en efectivo a la agencia estatal, del valor de los beneficios alimentarios recibidos de manera indebida.

1. La cumplimentación de este formulario es para: Ingresos                      Dirección                      Identificación  
(marque con un círculo la(s) prueba(s) correspondiente(s))

2. ¿Para quién trabaja?    ¿Cuáles fueron sus ingresos el último mes?

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Enumere los miembros de la familia que trabajan:                      ¿Cuáles fueron sus ingresos el último mes?

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

(Familia significa las personas que viven juntas estén o no emparentadas).

3. Razón de la falta de comprobantes:

\_\_\_\_\_

Enumere los miembros de la familia que están solicitando WIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado de la clínica)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las 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, llene 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

**PROGRAMA WIC DE GEORGIA  
FORMULARIO DE CÁLCULO DE INGRESOS**

(Es obligatorio llenar este formulario si el solicitante no puede recibir beneficios como adjunto)  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE WIC: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

*Es obligatorio presentar la documentación sobre los ingresos si se trata de un solicitante que no puede recibir beneficios como adjunto.*

Use esta sección para calcular los ingresos

Primera certificación

Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco y nombre (encierre en un círculo)	Fuente de ingresos	¿Cuál es el ingreso de cada miembro de la familia?
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		

Otros ingresos: ¿Recibe la familia otros ingresos o aportaciones regulares (por ejemplo, desempleo, manutención infantil)?

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
semanal/quincenal/mensual/anual

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
semanal/quincenal/mensual/anual

\$ \_\_\_\_\_ Ingreso total del solicitante (semanal/quincenal/mensual/anual)  
N.º en familia \_\_\_\_\_

¿CUMPLE EL CLIENTE CON LOS REQUISITOS CON BASE EN LOS INGRESOS?  
SÍ  NO  (Transfiera el total al Formulario de Certificación)

Use esta sección para calcular los ingresos

Primera certificación

Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco y nombre (encierre en un círculo)	Fuente de ingresos	¿Cuál es el ingreso de cada miembro de la familia?
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		

Otros ingresos: ¿Recibe la familia otros ingresos o aportaciones regulares (por ejemplo, desempleo, manutención infantil)?

_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		
_____	_____	\$ _____
semanal/quincenal/mensual/anual		

\$ \_\_\_\_\_ Ingreso total del solicitante (semanal/quincenal/mensual/anual)  
N.º en familia \_\_\_\_\_

¿CUMPLE EL CLIENTE CON LOS REQUISITOS CON BASE EN LOS INGRESOS?

SÍ  NO  (Transfiera el total al Formulario de Certificación)

Me han informado mis derechos y obligaciones en el el Programa. Certifico que la información que proporcionaré, o que proporcioné, es correcta según mi leal saber y entender. La información de ingresos que he proporcionado es el total de los ingresos brutos de mi hogar (todos los ingresos en efectivo, antes de las deducciones). Este formulario de certificación se presenta en conexión con el beneficio de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa de manera intencional o tergiversar, ocultar o no revelar hechos de manera intencional puede dar como resultado el pago en efectivo, al programa WIC de Georgia, del valor de los beneficios alimentarios expedidos a mi persona de manera indebida y puede someterme a un proceso civil o penal según las leyes estatales y federales. Entiendo que el Programa WIC podría compartir mi información sobre la certificación con otras agencias de salud o asistencia pública para determinar si mi familia puede recibir sus servicios. Entiendo que estas agencias podrían comunicarse conmigo, pero no pueden compartir dicha información con nadie más sin mi permiso.

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O CUIDADOR	FECHA	FIRMA DEL FUNCIONARIO DE WIC (persona que evaluó los ingresos)

Coloque este formulario en el archivo médico del cliente detrás del Formulario de Certificación.

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha de revisión: diciembre de 2015

**PROGRAMA WIC DE GEORGIA  
CARTA DE CITA GENERAL**

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

(Insert Responsible Party name) \_\_\_\_\_

(Insert mailing address) \_\_\_\_\_

(Insert city, state & zip) \_\_\_\_\_

Estimado(a) \_\_\_\_\_:

Su archivo fue seleccionado para comprobar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios de WIC. Por lo tanto, se le solicita que comparezca en (insert clinic or interview location name & address) \_\_\_\_\_, el (insert day, date, and time) \_\_\_\_\_, para poder resolver cualquier discrepancia. Tendrá que presentar su tarjeta de identificación o carpeta de WIC a la cita.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al (insert phone #) \_\_\_\_\_.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Director de Servicios de Nutrición del Distrito  
Distrito \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_

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, llene 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.  
Fecha de revisión: diciembre de 2015

## Muestra de carta de advertencia sobre doble participación

Estimado(a) participante:

Nuestros registros muestran que usted ha participado en dos programas WIC de Georgia. Usted estuvo certificado(a) e inscrito(a) en el Programa WIC de Georgia \_\_\_\_\_ el (date) \_\_\_\_\_, y también estuvo certificado(a) e inscrito(a) en el Programa WIC de Georgia \_\_\_\_\_ el (date) \_\_\_\_\_.

Según se indica en su tarjeta de identificación del Programa WIC de Georgia, participar en más de un Programa WIC de Georgia viola los reglamentos del programa. Se enviará información relacionada con este asunto a la Oficina del Inspector General para determinar si usted tiene que devolver el dinero al Programa WIC de Georgia.

Si tiene alguna pregunta comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_.

Atentamente,

Director de Servicios de Nutrición del Distrito

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las 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, llene 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha de revisión: diciembre de 2015

## **Responsabilidades de los representantes alternos**

Estimado(a) representante alterno del programa WIC:

El Programa WIC de Georgia le agradece y respeta su tiempo y esfuerzo para ayudar a los participantes del Programa WIC de Georgia. Como representante alterno, es indispensable que obedezca las siguientes reglas:

1. Un representante alterno es una persona que actúa en nombre del participante. Los representantes alternos autorizados pueden recoger y canjear cupones y pueden llevar a un niño a las certificaciones posteriores.
2. Un representante alterno es una persona nombrada por el participante de WIC y a quien se le da la tarjeta de identificación de WIC del participante para obtener los alimentos aprobados por WIC en la tienda de comestibles.
3. Un representante alterno es una persona responsable de la que depende el participante, los padres o tutores, el cónyuge o cuidador.
4. Si un representante alterno recoge cupones o trae a un niño para una certificación posterior, es posible que el representante alterno tenga a veces que quedarse para las clases de educación nutricional y proporcionar información de salud del (de los) participante(s).
5. Un representante alterno debe tener al menos dieciséis (16) años de edad, a menos que se obtenga autorización previa del personal de WIC.
6. Un representante alterno no puede recoger cupones para más de dos (2) familias en el estado de Georgia.
7. Cuando canjee los cupones en la tienda de comestibles, el representante alterno tiene que tener la tarjeta de identificación de WIC y una identificación adicional propia.

La documentación del representante alterno se registra en la tarjeta de identificación del Programa WIC de Georgia. El nombre del representante alterno se agrega al archivo del participante de WIC. La agencia local notificará al participante de WIC si el representante alterno no aparece en el archivo del participante.

Póngase en contacto con el participante de WIC si usted ya no puede cumplir las funciones de representante alterno. El participante de WIC tiene que notificar a la clínica de WIC de este cambio. Si tiene alguna pregunta referente a su nueva responsabilidad, consulte al participante a quien usted representa como alterno.

Gracias de antemano por lo que va a hacer para ayudar al Programa WIC de Georgia.

Atentamente,

Personal del Programa WIC de Georgia

El representante alterno tendrá que presentar la siguiente documentación y tener conocimiento de la información que aparece abajo cuando comparezca a las citas de recertificación:

1. Tarjeta de identificación de WIC del participante.
2. Carta que muestre si uno de los padres o guardianes, o el participante, reciben actualmente Medicaid, SNAP (Cupones de Alimentos, anteriormente conocido como Food Stamps) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas).
3. Si no puede comprobar que tiene Medicaid, TANF o SNAP, presente una prueba de ingresos (por ejemplo, talones de pago, pensión alimentaria, seguro social, manutención infantil o impuesto sobre la renta del año actual).

4. Prueba de residencia.
5. Identificación del representante alternativo (vigente), conocimiento de la salud y el régimen de alimentación del(de los) niño(s).
6. Conocimiento de las responsabilidades del representante alternativo.

Tenga en cuenta: Los representantes alternos tienen que presentar una identificación adicional cuando usen los cupones en la tienda de comestibles.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las 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, llene 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha de revisión: diciembre de 2015