



**Georgia Special Supplemental Nutrition Program  
for Women, Infants, and Children (WIC)**

**WAIVER OF RIGHTS TO FREE INTERPRETER SERVICES**

Free interpreter services are available through agencies or programs of the Georgia Department of Public Health (DPH). DPH will call an interpreter after identifying the primary language in which you are able to communicate. You are entitled to bring your own interpreter. However, DPH, or its representative agencies, will not authorize payment for interpreter services that are not secured or approved by DPH.

I, \_\_\_\_\_, have been informed of my right to receive free interpretive

**(Participant/Guardian/Companion Name)**

service from \_\_\_\_\_ . I understand that I am entitled to

**(Agency or Program)**

interpreter services at no cost to myself or to other family members, but do not wish to receive

DPH's free services at this time. I choose \_\_\_\_\_ to act as my

**(Interpreter's Name)**

interpreter from \_\_\_\_\_ until \_\_\_\_\_ .

**(Start Date)**

**(End Date)**

I understand that I may withdraw this waiver at any time and request the services of an

interpreter, which will be paid for by \_\_\_\_\_

**(DPH Agency or Program)**

To the best of my knowledge, the person I am using to act as my own interpreter is over the age of 18. I understand that this waiver pertains to interpreter services only and does not entitle my interpreter to act as my Authorized Representative. I also understand that the service agency may secure a qualified or certified interpreter to observe the interpreter of my choice during the interpreting session to ensure the accuracy of the communication and follow-up instructions.

The interpreter indicated below orally translated this form to me.

\_\_\_\_\_  
**(Participant/Guardian/Companion Name) (Date)**

\_\_\_\_\_  
**(Interpreter's Signature) (Interpreter Printed or Typed Name) (Date)**

\_\_\_\_\_  
**(WIC Representative Signature) (Date)**



## Georgia Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)



### WAIVER OF RIGHTS TO FREE INTERPRETER SERVICES

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or

**2. fax:**

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

**3. email:**

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider.



## Programa Especial de Nutrición Suplementaria de Georgia para el Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)



### RENUNCIA A LOS DERECHOS DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS

Puede acceder a servicios de interpretación gratuitos a través de las agencias o los programas del Departamento de Salud Pública (DPH) de Georgia. El DPH llamará a un intérprete después de identificar el idioma principal en el que puede comunicarse. Tiene derecho a traer su propio intérprete. Sin embargo, el DPH o sus agencias representativas no autorizarán el pago de los servicios de interpretación que no estén contratados o aprobados por el DPH.

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado de mi derecho a recibir servicios de **(nombre del participante/tutor/acompañante)** interpretación gratuitos de \_\_\_\_\_.

Comprendo que tengo derecho **(agencia o programa)** a recibir servicios de interpretación sin costo para mí o para otros familiares, pero no deseo recibir

los servicios gratuitos de DPH en este momento. Elijo a \_\_\_\_\_ para que

actúe como mi intérprete desde \_\_\_\_\_ **(nombre del intérprete)** al \_\_\_\_\_ **(fecha de inicio)** **(fecha de finalización)**.

Comprendo que puedo retirar esta renuncia en cualquier momento y solicitar los servicios de un intérprete, que serán pagados por \_\_\_\_\_ **(agencia o programa del DPH)**

A mi leal saber y entender, la persona que actúa como mi propio intérprete es mayor de 18 años. Comprendo que esta renuncia se refiere únicamente a los servicios de interpretación y no le da derecho a mi intérprete a actuar como mi representante autorizado. También comprendo que la agencia de servicios puede contratar a un intérprete calificado o certificado para observar al intérprete de mi elección durante la sesión de interpretación para garantizar la precisión de la comunicación y las instrucciones de seguimiento.

El intérprete que se indica a continuación me tradujo oralmente este formulario.

\_\_\_\_\_  
**(nombre del participante/tutor/acompañante)** **(fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(firma del intérprete)** **(nombre del intérprete en letra de imprenta o tipeado)** **(fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(firma del representante del Programa Mujeres, Bebés y Niños, WIC)** **(fecha)**



**Programa Especial de Nutrición Suplementaria de Georgia  
para el Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**



**RENUNCIA A LOS DERECHOS DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or

**(2) fax:**

(833) 256-1665 o (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.