

# Derechos y obligaciones de los participantes del programa WIC

He recibido información sobre mis derechos y responsabilidades como participante del programa WIC (Mujeres, Bebés y Niños, por sus siglas en inglés). Comprendo que tengo los siguientes derechos:

- a que el personal del programa WIC me trate de manera justa y respetuosa;
- a que se proteja la privacidad de la información entregada al personal del programa WIC y que no se comparta con nadie fuera de este programa sin mi autorización;
- a recibir educación nutricional e información sobre atención médica y otros servicios útiles;
- a utilizar todas las tiendas o farmacias en el Estado de Nueva York que estén autorizadas para aceptar el programa WIC;
- a recibir un paquete de alimentos que cumpla con mis necesidades nutricionales o las de mi hijo;
- a pedir que se me transfiera a otro organismo local del programa WIC;
- a que se me informe por escrito cuándo y por qué dejaré de recibir beneficios del programa WIC; y
- a pedir una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con las decisiones sobre si puedo participar o no en el programa.

La información que he proporcionado para determinar si puedo participar en el programa WIC es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo lo siguiente:

- El Programa de mujeres, bebés y niños (WIC) del Estado de Nueva York puede autorizar el intercambio de mi información WIC con programas específicos médicos y de educación, como Medicaid, SNAP, TANF y el Programa de asistencia de cuidado infantil (Child Care Assistance Program). Dicha información la usarán las agencias estatales y locales de WIC y las organizaciones públicas solo en la administración de sus programas que atienden a personas elegibles para el Programa WIC. Esos programas pueden usar la información para: determinar mi elegibilidad para sus programas; darme información sobre esos programas y facilitar el proceso de solicitud; mejorar mi estado médico, educación o bienestar si ya estoy inscrito en sus programas; y asegurarse de que mis necesidades de atención médica se cubran.
- El personal del programa WIC puede revisar la información que les he entregado para determinar si es correcta. Pueden comunicarse con mis superiores u otras de mis fuentes de ingresos. Pueden obtener mis registros fiscales del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York. Al decidir si puedo participar en el WIC, no se me puede pedir información anterior a los 12 meses previos a mi solicitud de beneficios. Si buscan saber si se incumplió alguna regla del programa WIC, pueden pedir información de cualquier período en el que yo haya recibido beneficios del programa WIC.
- Debo informar a mi organismo local del programa WIC si tengo pensado mudarme, mis cambios de número de teléfono, los cambios en los ingresos de los integrantes de mi grupo familiar o si deseo cambiarme a otro organismo local del WIC.
- Si no digo la verdad o si oculto información a propósito para obtener beneficios del programa WIC, es posible que tenga que devolverle al Estado los beneficios que no tenía derecho a recibir. También es posible que el estado de Nueva York o funcionarios del Estado federal inicien acciones judiciales en mi contra.
- Solo puedo inscribirme en un único programa WIC. Confirmando que actualmente no estoy inscrito en ningún otro programa WIC.
- Los alimentos del programa WIC son solo para el miembro de la familia que está inscrito. De ninguna manera puedo vender, ofrecer vender ni entregar beneficios del programa WIC.
- Si necesito cambiar mi paquete de alimentos o dejar de recibirlo durante un período corto, llamaré a mi organismo local del programa WIC.

Sé que el organismo local del programa WIC pondrá a mi disposición servicios médicos y educación nutricional y que estoy invitado a participar en estos servicios.

Sé que los requisitos para participar en el programa WIC son los mismos para todos, sin importar raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Continúa



**Departamento  
de Salud**

---

## Solicitud de una audiencia imparcial

Si se rechaza su solicitud de beneficios o si deja de recibir beneficios, tiene derecho a una audiencia imparcial. Las audiencias imparciales son su oportunidad para explicarle a un juez por qué piensa que la resolución es incorrecta. Debe solicitar la audiencia dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se rechazó su solicitud o en que dejó de recibir los beneficios. Si no la solicita dentro de esos 60 días, perderá la oportunidad de obtener una audiencia imparcial.

El período de certificación es el tiempo durante el cual usted iba a recibir beneficios del programa WIC. Si sus beneficios se detuvieron en medio del período de certificación y solicita una audiencia a los 15 días, sus beneficios del programa continuarán hasta que se conozca el resultado de la audiencia o hasta que termine el período de certificación, lo que ocurra primero. Solicite una audiencia en el organismo local del programa WIC (el personal lo ayudará) o comuníquese con el NYS WIC Program (Programa WIC del Estado de Nueva York):

Correo postal:	WIC Program Director	Teléfono:	(518) 402-7093
	NYSDOH, Riverview Center	Fax:	(518) 402-7348
	150 Broadway, 6th Floor	Correo electrónico:	NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
	Albany, NY 12204		

---

## Esta es la declaración de testimonio que firmé en el sistema informático antes de recibir mis beneficios del programa WIC:

Se me han comunicado mis derechos y obligaciones según el programa WIC. Certifico que la información que he entregado para determinar mis posibilidades de participar en el programa es correcta según mi leal saber y entender. Esta información se entrega para recibir beneficios del programa WIC y comprendo que, de ser necesario, pueden verificarla funcionarios de un organismo estatal o local del programa WIC al comunicarse con empleadores u otras fuentes de mis ingresos u obtener mis registros fiscales del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York. Autorizo específicamente que se puedan consultar mis registros fiscales del Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York con este propósito, lo que puede incluir el suministro de cierta información laboral a dicho departamento por parte de los empleadores con respecto a declaraciones de nuevas contrataciones y salarios. También comprendo que hacer declaraciones falsas de manera deliberada puede dar lugar a que se inicien acciones civiles o penales en mi contra de acuerdo con las leyes federales o estatales. Las declaraciones falsas de manera deliberada incluyen, entre otras, falsificar, ocultar u omitir de manera voluntaria ingresos de mi grupo familiar, el número de personas que viven en mi hogar, información médica, el estado de Medicaid y el lugar de residencia. También comprendo que hacer una declaración falsa o engañosa u ocultar u omitir información puede hacer que se me descalifique del programa y que deba pagar el valor en dólares de los beneficios que obtuve indebidamente del programa, sin importar si tuve la intención o no de obtener los beneficios de manera indebida. Por último, comprendo que solo puedo inscribirme en un único programa WIC. Mediante este documento, certifico que actualmente no estoy inscrito en ningún otro programa WIC. Solicito que se me presten beneficios en la fecha de hoy.

---

Según la ley federal de derechos civiles y las políticas y reglamentaciones del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad, o tomar represalias por actividades civiles anteriores.

La información del programa puede estar en otros idiomas además de inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para acceder a la información del programa (p. ej., Braille, letra de molde grande, grabaciones de audio, lengua de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o comunicarse con el USDA desde el Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el Formulario AD-3027, el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que está en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>; en cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992 o si escribe una carta al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección, el teléfono del demandante y una descripción por escrito de la supuesta acción discriminatoria, con información suficiente para informar al Subsecretario de derechos civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) de la naturaleza y la fecha de la presunta infracción de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar 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;
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Para otras quejas o para pedir una audiencia imparcial, comuníquese con:

- (1) correo: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; o
  - (2) teléfono: (518) 402-7093; fax (518) 402-7348; o
  - (3) email: [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-