



Forma para la firma del participante



Nombre del participante

.....
.....
.....

Número(s) de WIC

.....
.....
.....

Mis derechos y responsabilidades

Declaro comprender mis derechos y responsabilidades en el programa WIC. Toda la información que he dado es correcta, y el personal de WIC podrá verificar cualquier información dada. Cumpliré las reglas del programa WIC que aparecen al dorso del formulario **Mis Derechos y Responsabilidades**. Si no cumplo con las reglas, es posible que se me hagan cargos legales, o que pierda el derecho de participar en el programa y deba devolver dinero a WIC por los alimentos o fórmula para bebés que no debía haber recibido. Me emitirán una tarjeta electrónica “eWIC” y yo soy la persona responsable de proteger la seguridad de mi tarjeta y de mi PIN (número de identificación personal).

Mi información será protegida

- La información que he dado será protegida.
- La información sobre mi participación en WIC se puede dar a conocer a otros programas de salud pública del estado de Oregon y a los programas Head Start de Oregon. Esta información sólo se utilizará para ayudarme a obtener otros servicios de salud y a ver de qué manera estos servicios pueden cubrir mis necesidades.
- Información sobre las vacunas de mi hijo podrá ser compartida con el registro de vacunas estatal.

Permiso para servicios


Yo autorizo el programa WIC de Oregon para proveer pruebas de salud para mí y/o para mi hijo(s) enumerado(s) arriba durante servicio o elegibilidad de WIC. Este permiso estará en efecto hasta que sea revocado y se aplica a uno o más de los siguientes servicios:

- Historia de salud y dieta
- Pruebas de sangre (anemia)
- Medidas (altura/peso)
- Consejos/educación de nutrición

Autorización para dar información confidencial

Si me cambio a una clínica diferente de WIC, la información que he dado para mi certificación será compartida con la nueva clínica, así yo podré continuar recibiendo los beneficios de WIC. Yo autorizo al Programa de WIC a darme información mía o de mi hijo(a).

Yo entiendo que al firmar esta forma, estoy de acuerdo con la información anterior. Todos los participantes necesitan firmar este lado de la forma para recibir los beneficios de WIC.



Firma del participante/tutor/tarjetahabiente

Fecha

Registro para votar

Si usted no está registrado para votar en el área donde vive, ¿le gustaría registrarse hoy aquí?

Si. (El lugar donde usted se registra es confidencial.)

No. (El hecho de que usted haya marcado el recuadro donde dice “no” es confidencial.)

Si usted no marca el recuadro, nosotros asumiremos que usted decidió no registrarse.



.....
Firma del participante/tutor

.....
Fecha

Otra información:

- La oficina de elecciones de su condado le enviará por correo una tarjeta avisándole que recibieron su inscripción.
- Usted puede pedirnos que le ayudemos a llenar este formulario o hacerlo Ud. mismo.
- Los servicios o beneficios que Ud. pueda recibir de esta agencia no serán afectados por su decisión de inscribirse o no, o de seleccionar un partido de su preferencia.
- Si Ud. cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o de negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir en privado si se quiere inscribir, o con su derecho a elegir su preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretary of State, Salem, Oregon 97310. Teléfono 503-986-1518.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. 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; (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Si necesita esta información en letra grande o en otro formato, llame al 971-673-0040 o al TTY (personas con problemas auditivos) 800-735-2900.