

AVISO DE ACCIÓN QUE AFECTA A LOS QUE SOLICITAN PARTICIPAR EN EL PROGRAMA WIC

Por el presente se notifica que se ha determinado que _____, fecha de nacimiento _____ (Nombre) no es elegible para obtener beneficios del programa WIC por el/los siguientes (s) motivo(s):
(mes/día/año)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Necesidad nutritiva de menor prioridad:
Prioridad: _____ Categoría: _____
<input type="checkbox"/> No cumple con los criterios de necesidad de nutrición.
<input type="checkbox"/> No está en una categoría a la que sirve WIC.
<input type="checkbox"/> El ingreso excede el máximo permisible:
Tamaño de la familia: ____ \$ _____ mensual
(como lo indicó el solicitante) | <input type="checkbox"/> No cumple con los criterios de residencia/población.
<input type="checkbox"/> La documentación para elegibilidad es inadecuada.
<input type="checkbox"/> Otro: _____

_____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Esta determinación se realizó el _____ (fecha).

Si usted o su hijo no cumplen con los requisitos de elegibilidad para WIC, pueden volver a solicitar participar en cualquier momento si cambian las circunstancias o los factores en los que se basa esta acción, por ejemplo, un cambio en el ingreso familiar, en la condición de salud o de nutrición, etc.

SI DESEA APELAR:

Si desea apelar la decisión de que usted o su hijo no cumplen con los requisitos de elegibilidad para el programa WIC, puede solicitar una audiencia equitativa dentro de los 60 días de la fecha de este aviso, poniéndose en contacto con el California Department of Public Health, California WIC Program, Program Integrity Unit, MS 8600, 3901 Lennane Drive, Sacramento, CA 95834; 1-800-852-5770. Puede tener un representante, como un pariente, amigo o abogado, para que le ayude a solicitar una apelación o a presentar argumentos a su favor.

SI REQUIERE AYUDA:

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación sustitutivos para obtener información del programa (Braille, letras grandes, cintas grabadas, etc.) deben ponerse en contacto con el Centro TARGET del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos llamando al (202) 720-2600 (voz y TDD).

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

La información usada para determinar la elegibilidad para el programa WIC se mantendrá confidencial en los registros de la oficina de WIC y del Departamento de Salud Pública de California, Programa de WIC de California. Usted tiene derecho a ver la información durante el horario normal de oficina llamando al 1-800-852-5770. La información que se necesita para participar se obtiene de conformidad con las Reglamentaciones Federales, 7CFR, Partes 246.7, 246.10 y 246.23, y con las Secciones 214.201 y 429.50, del Código de Salud y Seguridad.

NO DISCRIMINACIÓN:

De conformidad con la ley federal y las normas del USDA, WIC tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos. Para presentar una queja de discriminación por motivos de religión, antepasado, afiliación política, condición médica, estado civil u orientación sexual, escriba a Office of Civil Rights, California Department of Public Health, 1615 Capitol Avenue, Room 73.720, MS 0009, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413.

Marque uno de los siguientes para indicar la categoría racial o étnica del solicitante:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano | <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | |

Firma del empleado

Título del empleado

