



Formulario de información de la familia

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska

Fecha de hoy _____

1. ¿Actualmente participa en el programa WIC? Sí No **En caso afirmativo, ¿dónde?**

2. ¿Ha participado antes en el programa WIC? Sí No **En caso afirmativo, ¿dónde?**

3. ¿Cómo conoció el programa WIC? Medicaid/DKC Amigos/Familiares Redes sociales Proveed Publicidad Otro:

Solicitante o padre/madre/tutor para solicitantes menores de 5 años (Escriba en letra de imprenta y utilice los nombres legales)

4. Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) 5. Nombre de soltera 6. Fecha de nacimiento

7. Dirección 8. Número de apartamento de suite

9. Ciudad 10. Estado 11. Código postal

12. Dirección postal (si es diferente de la dirección del domicilio) 13. Número de apartamento de suite

14. Ciudad 15. Estado 16. Código postal

17. Número de celular 18. Número de teléfono del hogar 19. Otro número de teléfono

20. ¿Podemos llamar o dejar un mensaje? Sí No

21. ¿Podemos enviarle mensajes a su celular? Sí No

22. ¿Podemos enviar recordatorios de citas por correo? Sí No

23. Dirección de correo electrónico: _____

24. ¿Es usted hispano o latino? Sí No 25. ¿Cuál es su idioma de preferencia?

26. Raza (Marque todas las que correspondan)
Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco

Información sobre el hogar (Proporcione comprobante de ingresos e identificación)

27. ¿Está solicitando sus propios beneficios WIC hoy? Sí No

28. ¿Actualmente está trabajando? Sí No ¿Cuánto gana por hora? ¿Cuántas horas trabaja por semana?

29. ¿Alguien más trabaja en su grupo familiar? Sí No ¿Cuánto gana por hora? ¿Cuántas horas trabaja por semana?

30. ¿Está embarazada? Sí No

31. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

32. ¿Cuántos miembros de su grupo familiar recibieron el Dividendo del Fondo Permanente del año pasado? (Inclúyalo incluso si está embargado)

33. Marque cualquiera de los siguientes programas que usted o algún miembro de su familia esté recibiendo actualmente:
Estampillas para Alimentos/SNAP Ha solicitado Denali Kid Care, Medicaid, ATAP - "Solicitud pendiente" Medicaid
Denali Kid Care Programa de Asistencia Temporal de Alaska - Cantidad: _____ Head Start/Almuerzo escolar

34. Marque cualquier otro dinero recibido por usted o alguien de su grupo familiar. (Incluya la cantidad mensual)

Seguridad de Ingreso Suplementario/Discapacidad _____ Trabajo por cuenta propia _____ Desempleo _____
Dividendos de corporaciones nativas _____ Comisiones _____ Otro _____

35. Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Vive con su pareja

36. ¿Cuál es el grado escolar más alto que has cursado?

37. Si es ciudadano estadounidense, ¿desea registrarse para votar aquí en la oficina de WIC? Sí Ya estoy registrado No me interesa

38. ¿Desea que en su cuenta figure el nombre de otra persona que pueda actuar en su nombre ante WIC? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre: _____ **Vínculo:** _____ **Firme al dorso.** →

Derechos y responsabilidades del programa WIC de Alaska

Como participante de WIC, usted tiene derechos y responsabilidades. Los nombres y direcciones de su hijo y usted pueden ser compartidos con agencias como Medicaid, Denali Kid Care, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia para Calefacción, Asistencia Temporal, Cuidado de Niños, Aprendizaje Infantil, Head Start y Programas de Enfermería de Salud Pública para remisión y difusión. Los programas mencionados anteriormente pueden proporcionar a WIC información como nombre(s), dirección, ingresos, identificación y residencia con respecto a usted y su hijo a fin de ayudar a verificar si usted califica para WIC.

Es posible que también se comparta otra información de WIC con programas de salud para verificar si usted califica para los servicios de dichos programas, para compartir información de salud necesaria con programas donde usted ya participa y para ayudar a evaluar la salud general de las familias de Alaska a través de informes y estudios. Los programas mencionados a continuación también pueden compartir su información con WIC para los mismos fines. Usted puede solicitar al personal de WIC más información sobre estos programas. Entre ellos se incluyen: Medicaid, Denali Kid Care, Pro Care, Head Start, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (formalmente conocido como Programa de Cupones para Alimentos), Programa de Inmunizaciones, Enfermería de Salud Pública, Epidemiología del Estatal y Programa de Aprendizaje Infantil.

Entiendo mis derechos y responsabilidades

Responsabilidades:

- Trataré al personal de WIC y de la tienda con cortesía y respeto.
- Toda la información que proporcione a WIC es verdadera y exacta. El personal de WIC puede verificar dicha información.
- Informaré inmediatamente cualquier cambio en mis ingresos, tamaño de la familia, dirección, número de teléfono o elegibilidad para Medicaid/Denali Kid Care, o el Programa SNAP. También notificaré a la oficina de WIC si pierdo o me roban mi tarjeta, o si ya no estoy amamantando.
- Recibiré beneficios de WIC de una sola clínica a la vez. Si me mudo fuera de Alaska, pediré una transferencia.
- No venderé, ni trataré de vender mi tarjeta eWIC, ni intercambiaré o regalaré fórmula u otros beneficios alimenticios de WIC y extractores de leche. Esto incluye la venta de dichos artículos en persona, por medios impresos o en línea.
- Seré dado de baja del programa WIC si mis beneficios no son emitidos o si no los uso por dos meses consecutivos.
- Permitiré que el personal de WIC tome mi estatura y peso o el de mi hijo y que extraiga una pequeña muestra de sangre para verificar mi nivel de hierro o el de mi hijo. Entiendo que esta información es necesaria para comprobar las necesidades de nutrición y determinar la elegibilidad para WIC.
- Asistiré a mis citas o llamaré con anticipación cuando necesite reprogramarlas.
- Volveré a solicitar los beneficios cuando sea necesario. Entiendo que los beneficios de WIC son solamente para los participantes.
- Cumpliré las normas del programa WIC y de las compras que están en mi lista de alimentos WIC.
- WIC es un programa federal. Si incumplo las normas, hago declaraciones falsas, tergiverso intencionalmente información, oculto u omitido hechos sobre mi elegibilidad para el Programa WIC, entiendo que:
 - Yo o mi hijo podemos ser excluidos del programa WIC.
 - Tendré que devolver dinero a WIC por alimentos, fórmula o extractores de leche que no debería haber recibido. Si no devuelvo el dinero al programa WIC por alimentos y/o fórmula que acepté o no devuelvo los extractores de leche prestados que no tenía derecho a recibir, el estado puede usar otros medios legales para cobrar el pago, incluido el tribunal de reclamos menores, que podría resultar en el embargo del **Dividendo del Fondo Permanente (Permanent Fund Dividend, PFD)**.
 - Puedo enfrentarme a un proceso civil o penal en virtud de la legislación estatal y federal.

Derechos:

- Si califico para WIC, recibiré beneficios para comprar alimentos saludables. **Entiendo que WIC no da todos los alimentos o fórmula necesarios en un mes.** Los alimentos de WIC ayudan a promover y apoyar la nutrición y el bienestar, y a satisfacer la ingesta necesaria de nutrientes o alimentos importantes para mí y/o para mi(s) hijo(s).
- WIC me dará información para una alimentación sana y una vida activa. WIC me proporcionará apoyo para la lactancia materna.
- WIC me dará información para encontrar un médico y obtener vacunas para mi hijo. Obtendré remisiones a otros servicios.
- El personal de WIC me tratará con cortesía y respeto.
- WIC mantendrá confidencial la información sobre mí y/o mi(s) hijo(s) y solo compartirá la información necesaria para determinar la elegibilidad y para remitirme a otros servicios.
- Las normas para acceder a WIC son las mismas para todos. Puedo pedir una Audiencia Justa si no estoy de acuerdo con una decisión sobre mi elegibilidad para WIC. WIC me informará por qué mi hijo o yo calificamos para el Programa WIC.

Al firmar este formulario acepto que:

- **He leído el formulario de Derechos y Responsabilidades o un miembro del personal de WIC me lo ha leído.**
- **Estoy de acuerdo con lo anterior.**

Firma del cliente/tutor requerida para la inscripción en WIC

Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) ante la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión: (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de quejas por discriminación en programas del USDA, (AD-3027) que se encuentra disponible en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario o la carta cumplimentados al USDA por:

1. correo postal: 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado: 14 de junio de 2019.
Translated 20 may 2024