



# 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 conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto: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.**