

**PROGRAMA WIC DE INDIANA
SANCIONES POR VIOLACIONES AL PROGRAMA**

Fecha:		Representante autorizado:		AG/CL:	
Cliente:		ID n.º:		HH n.º:	
<p>Como participante del programa WIC, el padre, tutor o encargado de cuidados tiene ciertos derechos y responsabilidades. Nos ha llamado la atención que usted no ha cumplido sus responsabilidades de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <p>Intento de entregar alimentos del programa WIC en una tienda a cambio de dinero en efectivo, crédito o cupones</p> <p>Intento de cambiar alimentos del programa WIC que estén defectuosos</p> <p>Intento de comprar beneficios del programa WIC o de las tarjetas eWIC</p> <p>Suspensión por vender o intentar vender alimentos o leche de fórmula del programa WIC, tarjetas eWIC o beneficios (esto incluye sitios de internet de redes sociales)</p> <p>Más de tres (3) violaciones de menor cuantía</p> <p>Participación en más de un programa WIC (participación duplicada)</p> <p>Provocar daños físicos al personal de la clínica o de los proveedores</p> <p>Brindar información falsa para obtener beneficios del programa WIC</p> <p>Devolución de alimentos del programa WIC para obtener dinero en efectivo, crédito o cupones</p> <p>Vender o cambiar alimentos del programa WIC para obtener dinero en efectivo (esto incluye sitios de internet de redes sociales)</p> <p>Vender, cambiar o comprar beneficios del programa WIC o de las tarjetas eWIC (esto incluye sitios de internet de redes sociales)</p> <p>Amenaza verbal de hacer daño al personal de la clínica o de los proveedores</p> <p>Otro _____</p>					
<p>Según las políticas del programa WIC del Estado de Indiana, las acciones anteriores dan como resultado:</p> <p>Capacitación y ADVERTENCIA. Otro incidente que podría dar como resultado la suspensión del programa WIC.</p> <p>Reembolso o establecimiento de un cronograma de reembolsos. En caso de no hacer el reembolso o de no establecer un cronograma de reembolsos dentro de los 30 días de recibir la carta de pago, ello dará como resultado la suspensión de la familia durante 1 año en el programa.</p> <p>SUSPENSIÓN de la familia durante _____ meses.</p> <p>Usted está suspendido del programa WIC desde: _____ y hasta: _____</p>					
<p align="center">Usted puede apelar las decisiones que afecten su participación en el programa WIC.</p> <p>Debe solicitar una audiencia comunicándose con la Clínica WIC y solicitando hablar con el Coordinador del programa WIC. Debe comunicarse con la Clínica WIC dentro de los 60 días de haber recibido este formulario. Se le informará por escrito, como mínimo diez días antes de la audiencia, el horario, el lugar y la fecha en donde se expondrá su caso. Todas las posiciones o argumentos podrá presentarlos usted mismo o un representante como, por ejemplo, un familiar, amigo o asesor legal. Durante la apelación, usted seguirá recibiendo los servicios de WIC hasta que finalice su certificación o que se tome una decisión en la audiencia.</p>					
Firma del Representante de WIC			Número de teléfono de la Clínica WIC		
<p>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, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.</p> <p>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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.</p> <p>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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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:</p> <p>(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;</p> <p>(2) fax: (202) 690-7442; o</p> <p>(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.</p>					
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.					