FORM 104 4/2025

WIC PARTICIPANT RIGHTS, RESPONSIBILITIES AND CONSENT

What does WIC ask from you?

- You will buy only the foods allowed on the current Idaho Food List from an Idaho grocery store that takes WIC cards.
- You will use the foods only for the person(s) on the program. If you share custody of your child(ren), you will make sure that the WIC food benefits are shared for your child(ren).
- At any time, you can ask WIC staff to add or remove a second cardholder who can shop for WIC food benefits. You will make sure the second cardholder knows how to use their WIC card and how to shop for foods.
- You will get food benefits from only one clinic at a time. If you move or expect to move soon, you will ask for a transfer paper.
- You will attend appointments or call ahead when you need to reschedule.
- You will attend all appointments to apply at least each year (certification). You can have another person or second cardholder attend follow-up appointments with your permission. If another person attends an appointment, they will share handouts or appointment details with you.
- You and a second cardholder (if applicable) will treat WIC and store staff with courtesy and respect.

What can you ask from WIC?

- *The Idaho WIC Program and this institution are prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.*
- *You may appeal any decision made by the local agency regarding your eligibility for the program.*
- *The local agency will make health services, nutrition education and breastfeeding support available to you, and you are encouraged to participate in these services.*
- WIC staff will treat you with courtesy and respect.
- If you qualify for WIC, you will get WIC benefits to buy healthy foods. You understand that WIC does not give all the food or formula needed in a month.

Caregiver or Participant Rights and Responsibilities:

- I will notify WIC of <u>any</u> changes to the information I have given.
- I will not return WIC foods to the grocery store for money, credit, or other items. I will not sell or attempt to sell, trade, or give away WIC food benefits, formula or breast pumps paid for by WIC. If I do, I understand that I may be taken off WIC.
- If I break the rules, make false statements, or withhold facts about my eligibility for the WIC program, I understand that I can be taken off WIC.
- If I fail to receive WIC benefits for three months in a row, my WIC account will automatically be suspended and I can contact the clinic to reactivate it. Remembering to receive benefits is an important part of WIC participation.
- If I move out of state I will turn in my transfer paper from my old WIC clinic to my new WIC clinic.
- I will be told in writing when and why my WIC program benefits will end.
- Your rights and responsibilities are also written inside the Idaho WIC Food List.

(over)

Caregiver or Participant Consents:

Please **choose** if you **do or do not give permission** for the items below. Refusal of any or all consent has no effect on eligibility for or participation in WIC. You may review your record and have the right to cancel consent in writing at any time.

Yes	No	
❒	❒	The taking of height and weight measurements and a finger stick blood test to check iron status for myself and/or my child(ren). These are used to establish nutritional need for the WIC program.
❒	❒	The WIC program to share eligibility information (such as name, address, income level and birth date) for myself and my child(ren) with the Idaho Medicaid and SNAP programs for the purpose of referral.
❒	❒	The WIC program to share immunization status with the Immunizations program for referral purposes.
❒	❒	The WIC program to schedule remote or virtual appointments when possible, such as video or phone options offered by the clinic. I understand that I can opt out and come to the clinic for these appointments at any time.
❒	❒	The WIC program to contact me and leave messages at the phone number provided. I understand messages left on my phone may contain information such as the WIC program name, applicant, participant and/or family name(s) and information related to appointments. I understand I can notify the clinic and change my choice about WIC contacting me at any time.

By signing, you agree with the following:

- I have been advised of my rights and obligations under the program.
- I understand my rights and responsibilities and I agree to follow them.
- I understand that I am responsible for the use and behavior of my second cardholder, if applicable.
- I understand the WIC program uses health data and eligibility information for receiving WIC services and may share this information with local, State and Federal WIC programs. This information is also used for evaluating the success of the program, monitoring, and auditing the program. I release the Idaho Department of Health and Welfare from any and all responsibility and liability concerning the release of information I have consented to be released.
- I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
- This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form.
- I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:** Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA WIC, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO

FORM 104 4/2025

¿Qué le pide el WIC?

- Comprará solamente los alimentos permitidos en la lista actual de alimentos de Idaho en una tienda de comestibles de Idaho que acepte tarjetas WIC.
- Utilizará los alimentos solo para la(s) persona(s) del programa. Si comparte la custodia de su(s) hijo(s), se asegurará de que se compartan las prestaciones alimentarias de WIC para su(s) hijo(s).
- En cualquier momento, puede pedirle al personal de WIC que añada o elimine un segundo titular de tarjeta que pueda comprar para recibir las prestaciones alimentarias de WIC. Se asegurará de que el segundo titular sepa cómo utilizar su tarjeta WIC y cómo comprar los alimentos.
- Solo obtendrá prestaciones alimentarias de una clínica a la vez. Si se muda o prevé mudarse pronto, le pedirán un documento de traslado.
- Acudirá a las citas o llamará con anticipación cuando necesite cambiarlas.
- Asistirá a todas las citas de solicitud al menos una vez al año (certificación). Puede hacer que otra persona o un segundo titular acuda a las citas de seguimiento con su permiso. Si otra persona acude a una cita, compartirá los folletos o los detalles de la cita con usted.
- Usted y un segundo titular de la tarjeta (si corresponde) tratarán al personal de WIC y de la tienda con cortesía y respeto.

¿Qué se le puede pedir al WIC?

- *Se prohíbe al Programa WIC de Idaho y a esta institución discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o venganzas por actividades previas en defensa de los derechos civiles.*
- *Puede apelar cualquier decisión tomada por la agencia local en relación con su elegibilidad para el programa.*
- *La agencia local pondrá a su disposición servicios de salud, educación nutricional y apoyo a la lactancia, y se le anima a participar en estos servicios.*
- El personal de WIC le tratará con cortesía y respeto.
- Si califica para WIC, recibirá prestaciones de WIC para comprar alimentos saludables. Usted entiende que WIC no da toda la comida o fórmula necesaria en un mes.

Derechos y responsabilidades del cuidador o participante:

- Notificaré a WIC cualquier cambio en la información que he dado.
- No devolveré alimentos de WIC a la tienda de comestibles a cambio de dinero, crédito u otros artículos. No venderé ni intentaré vender, intercambiar o regalar los beneficios de alimentos de WIC, fórmula o extractores de leche pagados por WIC. Si lo hago, entiendo que pueden retirarme el programa WIC.
- Si rompo las reglas, hago declaraciones falsas u oculto datos sobre mi elegibilidad para el programa WIC, entiendo que me pueden sacar del programa WIC.
- Si no recibo las prestaciones de WIC durante tres meses seguidos, mi cuenta de WIC se suspenderá automáticamente y podré ponerme en contacto con la clínica para reactivarla. Acordarse de recibir las prestaciones es una parte importante de la participación en el programa WIC.
- Si me mudo fuera del estado, entregaré el documento de traslado de mi antigua clínica WIC a mi nueva clínica WIC.
- Se me comunicará por escrito cuándo y por qué finalizarán mis prestaciones del programa WIC.
- Sus derechos y responsabilidades también están escritos en la Lista de Alimentos WIC de Idaho.

(sigue al dorso)

Consentimientos del cuidador o del participante:

Por favor, **elija** si **autoriza o no** los siguientes puntos. La denegación de alguno o de todos los consentimientos no tiene ningún efecto sobre la elegibilidad o la participación en el programa WIC. Puede revisar su expediente y tiene derecho a cancelar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Sí	No	
❒	❒	La toma de medidas de estatura y peso y un análisis de sangre para comprobar mi nivel de hierro y/o el de mi(s) hijo(s). Estos se utilizan para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
❒	❒	Al programa WIC a compartir información de elegibilidad (como nombre, dirección, nivel de ingresos y fecha de nacimiento) para mí y mi(s) hijo(s) con los programas Medicaid y SNAP de Idaho con el propósito de derivación.
❒	❒	Al programa WIC a compartir el estado de inmunización con el programa de Inmunizaciones para fines de derivación.
❒	❒	Al programa WIC a programar citas a distancia o virtuales cuando sea posible, como las opciones de videollamada o llamadas telefónicas que ofrece la clínica. Entiendo que puedo optar por no acudir a la clínica para estas citas en cualquier momento.
❒	❒	Al programa WIC a ponerse en contacto conmigo y dejar mensajes en el número de teléfono proporcionado. Entiendo que los mensajes dejados en mi teléfono pueden contener información como el nombre del programa WIC, nombre(s) del solicitante, participante y/o apellido(s) e información relacionada con citas. Entiendo que puedo notificar a la clínica y cambiar mi decisión de que WIC me contacte en cualquier momento.

Al firmar, acepta lo siguiente:

- Me informaron mis derechos y obligaciones en el marco del programa.
- Comprendo mis derechos y responsabilidades y me comprometo a respetarlos.
- Entiendo que soy responsable del uso y comportamiento de mi segundo titular, si corresponde.
- Entiendo que el programa WIC utiliza datos de salud e información de elegibilidad para recibir servicios de WIC y puede compartir esta información con programas WIC locales, estatales y federales. Esta información también se utiliza para evaluar el éxito del programa, supervisarlo y auditarlo. Eximo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho de toda responsabilidad por la divulgación de la información que he autorizado.
- Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he facilitado para determinar mi elegibilidad es correcta.
- Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario.
- Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa a propósito o tergiversar, ocultar o retener hechos a propósito puede tener como consecuencia el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de las prestaciones alimentarias que se me hayan expedido indebidamente y puede someterme a un proceso civil o penal en virtud de las leyes estatales y federales.

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; o
(2) fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.