

# Bienvenido a los Derechos y Obligaciones de los Participantes de WIC de Arizona

## El compromiso de WIC con usted

### Información sobre Salud

- WIC ofrece consejos útiles sobre nutrición y vida activa
- WIC apoya y ayuda en la lactancia
- WIC se pondrá en contacto con su proveedor de cuidado de salud, para discutir las necesidades de nutrición de usted y/o su niño, si usted lo solicita

### Alimentos Saludables

- WIC le proporciona a su familia cheques para comprar alimentos saludables

### Trato Justo

- Las reglas de WIC son las mismas para todos
- Usted tiene el derecho a apelar las decisiones de WIC sobre su elegibilidad

### Privacidad

- Toda la información ofrecida a WIC se mantendrá privada

### Ayuda para Registrarse en los Servicios

- Si usted se cambia a otra área, su información de WIC podría compartirse con la nueva clínica de WIC.
- WIC ofrece recomendaciones para servicios sociales y de salud que pueden ayudar a su familia

## El compromiso de usted con WIC

### Honestidad

- Los cheques de WIC, los alimentos, la fórmula y las bombas de extracción de leche son un beneficio para usted y/o sus niños y no se deben vender o intercambiar para ganancia personal
- Usted puede registrarse sólo en una clínica WIC o el Programa de Productos Alimenticios Suplementarios (CSF) a la vez
- Los cheques o Carpetas de Identificación de WIC son especiales para usted y sus niños y no se deben cambiar

### Información Correcta

- Proporcione la información más actualizada y verdadera (el personal de WIC podría verificar si la información es correcta)

### Buen Uso del Programa

- Sea cortés y respetuoso con el personal de la clínica WIC y de la tienda
- Compre sólo los alimentos aprobados por WIC
- Seguir las reglas del programa WIC es importante para evitar ser procesado(a), descalificado(a) o bien que se le pida que pague al programa por los beneficios recibidos

### Proteger sus Beneficios

- Mantenga segura su carpeta de WIC; los cheques perdidos o robados no se reemplazarán

Conforme a 7 CFR 246.26, el Director del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) ha autorizado el uso y revelación de la información del participante de WIC a los siguientes programas: Programa de Intervención Temprana de Arizona, Programa de Asientos para Autos, Niños con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud, Head Start, Health Start, Programa Intensivo Prenatal / de Recién Nacidos de Alto Riesgo, Programa de Inmunizaciones de Arizona, Programa de Cuidado de Salud Materno y del Niño y Prevención del Uso de Tabaco.

Al firmar esta forma, estoy de acuerdo con todo lo anterior:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado 1:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado 2:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Título de la Persona que Certifica

\_\_\_\_\_  
Firma de Quien Verifica el Ingreso (si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estoy de acuerdo en permitir que el personal de WIC: (iniciales)

\_\_\_\_ tome medidas de altura y peso para mí y/o mi niño

\_\_\_\_ tome una pequeña muestra de sangre para checar mi nivel de hierro y/o el de mi niño

\_\_\_\_ toque físicamente, a mi niño o a mí, durante las instrucciones para la lactancia

Identificación Familiar #

Nombre del Participante		Peso	Altura	Hgb

Identificación Familiar #

Nombre Del Representante Autorizado