



Your Rights and Responsibilities

Welcome to WIC:

WIC provides help with:

- your family's nutrition needs;
- providing ideas about how to feed your family;
- where to go for other help;
- nutritious foods; and
- help with breastfeeding during times when you and your children are growing and developing to improve overall health.

WIC staff are your partners who work with you to reach positive health goals by talking and sharing ideas. It is important for WIC staff to ask you questions about your health and diet. WIC staff will complete a full assessment, including taking measurements, to better understand your family's nutritional needs and meet those needs and interests. WIC foods are designed for you and your children to help meet nutritional needs. WIC is a supplemental program, which means it does not provide all the food you and your children need, but WIC is here to help. You must reapply and be reassessed for WIC when certification ends. If funding does not allow everyone to be served, then those at highest nutritional risk will be served first.

To Receive WIC, I Agree to:

- Show proof of income, address, and identification.
- Give information about my or my child's medical history and the foods I or my child eat.
- Have my or my child's height, weight, and blood checked by finger or heel prick.

I Will:

- Give information to WIC that is true and correct to the best of my knowledge. WIC staff may verify this information.
- Call the WIC office right away if I lose my eWIC card or someone steals it.
- Only buy WIC-authorized foods with my eWIC card.
- Let the WIC staff know if I can't keep my appointment or if my phone number or address changes.
- Be removed from the program if I do not receive food benefits for two months in a row.
- Treat WIC staff and grocery store staff with respect.

I Understand:

- The WIC program does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, age, disability, sex, family/parental status, political beliefs, status with respect to marriage or public assistance.
- I have the right to make a complaint if I feel I have been treated unfairly.
- I have a right to a fair hearing if I disagree with the WIC staff about my eligibility (within 60 days).
- WIC will make health services, nutrition education, and breastfeeding support available to me, and I am encouraged to take part in these services.
- The WIC foods are intended for me and my child and should not be shared with others.

Release of Information:

I understand that the State Health Officer allows some of my or my child's information to be shared with other programs that serve similar families as WIC. This is to make it easier for my family to receive other services if I choose (like to see if I'm eligible and reduce the application process), to help me learn more about these programs and to help improve my family's health, education and well-being. I will allow WIC to share information (only name, birth date, address, phone number, income, height, weight, hemoglobin, immunization status, and appointment times) about me or my child with these programs. I understand that some WIC health data may be used to evaluate how well the WIC program and the Department of Health & Human Services are meeting participants' health care needs. I've been asked by WIC staff about whether or not I consent to disclose information to my healthcare provider. This information is recorded on the Nutrition Interview in the WIC system, eWIC LegeNDS. My consent or denial (yes or no) does not affect my WIC eligibility. No other information can be given to anyone without my permission.

I have read my Rights and Responsibilities. I realize that WIC is a Federal program. I understand that I can be taken off the program and may be required to pay back the value of the WIC food, formula, or breast pump issued to me, and may be prosecuted under Federal and State law if:

- I lie or hide facts to get WIC benefits
- I sell, exchange, or give away my WIC foods, formula, or breast pump, if received.
- I miss coming to WIC two months in a row.
- I participate in more than once WIC program in any one month. I understand that dual participation is illegal.
- I am physically or verbally abusive to WIC staff or store staff.

If you do not like the decision about your eligibility for the WIC Program, you may ask for a fair hearing.

Fair Hearing Request:

To request a WIC fair hearing, please inquire with the state office at 1-800-472-2286. Please include your name, address, phone number, and the reason for the fair hearing request. A fair hearing can be requested within 60 days from the date the agency mails or gives you the notice of adverse action.

Non-Discrimination:

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA. Not all bases apply to all programs. Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the State or local Agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711, voice and TTY. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

In accordance with Federal law and North Dakota state law, the Department of Health and Human Services (HHS) is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, religion, sex, disability, age, or status with respect to marriage or public assistance. In accordance with the USDA, HHS is also prohibited from discriminating based on family/parental status, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by the USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information should contact HHS or the [local Human Service Zone office](#). Program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the Civil Rights Complaint Form, SFN 143, found online at North Dakota [eforms](#), or write a letter addressed to HHS and provide in the letter all the information requested in the form.

To request a copy of the complaint form, contact the Legal Division Office of Civil Rights at the email or phone number listed below.

Submit your completed complaint form or letter to HHS by email, fax, or mail to:

Legal Division Office of Civil Rights
Dept. of Health & Human Services
600 East Boulevard Ave., Dept. 325
Bismarck, ND 58505-0250

Phone; (701) 328-2311 or 1 (800) 472-2622

TTY: 711

Fax: (701) 328-2173

Email: dhslau@nd.gov

For more information visit: [ND HHS Nondiscrimination](#)

Sus derechos y responsabilidades

¡Le damos la bienvenida al Programa WIC!

El programa WIC brinda ayuda con:

- las necesidades nutricionales de su familia;
- ideas sobre cómo alimentar a su familia;
- lugares a los que acudir para obtener más ayuda;
- alimentos nutritivos; y
- ayuda para la lactancia materna durante las etapas en que usted y sus hijos están creciendo y desarrollándose, con el fin de mejorar su salud en general.

El personal de WIC trabaja junto con usted para ayudarle a alcanzar metas de salud positivas, conversando y compartiendo ideas. Es importante que el personal de WIC le haga preguntas sobre su salud y su alimentación. El personal de WIC llevará a cabo una evaluación integral, que incluirá la toma de medidas, con el fin de comprender mejor las necesidades nutricionales de su familia y atender dichas necesidades e intereses. Los alimentos del programa WIC han sido seleccionados para contribuir a satisfacer las necesidades nutricionales de usted y de sus hijos. WIC es un programa suplementario, lo que significa que no cubre todas las necesidades alimentarias de usted y de sus hijos; sin embargo, está diseñado para brindarle apoyo. Debe volver a solicitar los beneficios de WIC y someterse a una nueva evaluación cuando finalice su período de certificación. En caso de que el financiamiento no sea suficiente para atender a todas las personas, se brindará atención primero a quienes presenten el mayor riesgo nutricional.

Para recibir el programa WIC, acepto lo siguiente:

- Presentar comprobantes de ingresos, domicilio e identidad.
- Proporcionar información sobre mi historial médico o el de mi hijo/a, así como sobre los alimentos que yo o mi hijo/a consumimos.
- Permitir que se midan mi estatura y peso, o los de mi hijo/a, y que se realice un análisis de sangre mediante una punción en el dedo o en el talón.

Me comprometo a:

- Proporcionar a WIC información que sea veraz y correcta según mi leal saber y entender. La información proporcionada podrá ser verificada por el personal de WIC.
- Llamar a la oficina de WIC de inmediato si pierdo mi tarjeta eWIC o si me la roban.
- Comprar solamente alimentos autorizados por WIC con mi tarjeta eWIC.
- Avisar al personal de WIC si no puedo asistir a mi cita o si cambia mi número de teléfono o mi dirección.
- Ser dada de baja del programa si no recibo los beneficios de alimentos durante dos meses consecutivos.
- Tratar con respeto al personal del programa WIC y al personal de los supermercados.

Entiendo que:

- El programa WIC no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad, sexo, estado familiar/parental, creencias políticas, estado civil o condición de beneficiario de asistencia pública.
- Tengo derecho a presentar una queja si considero que he sido tratada injustamente.
- Tengo derecho a una audiencia justa si no estoy de acuerdo con el personal de WIC sobre mi elegibilidad (dentro de los 60 días).
- WIC pondrá a mi disposición servicios de salud, educación nutricional y apoyo para la lactancia materna, y se me recomienda participar en estos servicios.
- Los alimentos del programa WIC están destinados exclusivamente para mi consumo y el de mi hijo/a, y no deben ser compartidos con otras personas.

Divulgación de información:

Entiendo que el Oficial Estatal de Salud autoriza que parte de mi información o de la información de mi hijo/a sea compartida con otros programas que atienden a familias similares a las que participan en WIC. Esto tiene como finalidad facilitar que mi familia reciba otros servicios, si así lo deseo (por ejemplo, para determinar si somos elegibles y reducir el proceso de solicitud), ayudarme a conocer mejor estos programas y contribuir a mejorar la salud, la educación y el bienestar de mi familia. Autorizo a WIC a compartir información sobre mí o sobre mi hijo/a (únicamente nombre, fecha de nacimiento, domicilio, número de teléfono, ingresos, estatura, peso, nivel de hemoglobina, estado de inmunización y horarios de citas) con estos programas. Entiendo que algunos datos de salud de WIC pueden utilizarse para evaluar qué tan bien el programa WIC y el Departamento de Salud y Servicios Humanos están satisfaciendo las necesidades de atención de la salud de los participantes. El personal de WIC me ha preguntado si doy mi consentimiento para divulgar información a mi proveedor de atención médica. Esta información se registra en la Entrevista de Nutrición del sistema WIC, eWIC LegeNDS. Mi consentimiento o negativa (sí o no) no afecta mi elegibilidad para el programa WIC. No se puede facilitar ninguna otra información a nadie sin mi permiso.

He leído mis Derechos y Responsabilidades. Entiendo que WIC es un programa federal. Entiendo que puedo ser excluida del programa y que se me puede exigir que devuelva el valor de los alimentos, la fórmula o el extractor de leche del programa WIC que se me entregaron, y que puedo ser procesada bajo las leyes federales y estatales si:

- Miento u oculto información para obtener beneficios del programa WIC.
- Vendo, intercambio o regalo los alimentos, la fórmula o el extractor de leche materna que reciba del programa WIC.
- Falto a mis citas de WIC durante dos meses consecutivos.
- Participo en más de un programa WIC en un mismo mes. Entiendo que la doble participación es ilegal.
- Si agredo física o verbalmente al personal de WIC o al personal de la tienda.

Si no está de acuerdo con la decisión sobre su elegibilidad para el Programa WIC, puede solicitar una audiencia imparcial.

Solicitud de audiencia imparcial:

Para solicitar una audiencia imparcial del programa WIC, comuníquese con la oficina estatal al 1-800-472-2286. Por favor, incluya su nombre, dirección, número de teléfono y el motivo de su solicitud de audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que la agencia le envíe por correo o le entregue la notificación de la medida desfavorable.

No discriminación:

De conformidad con la legislación federal sobre derechos civiles y con los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o por represalias derivadas de actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. No todas las causales se aplican a todos los programas. Las medidas de reparación y los plazos para presentar una queja varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para recibir información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra de tamaño grande, grabaciones de audio, Lengua de Señas Estadounidense, entre otros) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al 711, disponible para comunicaciones por voz y TTY. La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA (AD-3027), disponible en línea en la página [“Cómo presentar una queja por discriminación en un programa” \(How to File a Program Discrimination Complaint\)](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en dicho formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario debidamente completado o su carta al USDA por alguno de los siguientes medios: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) email: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

De conformidad con la legislación federal y la legislación del estado de Dakota del Norte, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad o estado civil, así como por la condición de beneficiario de asistencia pública. De conformidad con las disposiciones del USDA, el HHS también tiene prohibido discriminar por motivos de situación familiar o parental, creencias políticas, o por represalias derivadas de actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa deben comunicarse con el HHS o con la [oficina local de la Zona de Servicios Humanos](#). La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Derechos Civiles (SFN 143), disponible en línea en los [formularios electrónicos](#) de [Dakota del Norte](#), o escriba una carta dirigida al HHS e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario.

Para solicitar una copia del formulario de queja, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de la División Legal (Legal Division Office of Civil Rights) al correo electrónico o número de teléfono que se indican a continuación.

Envíe su formulario de queja completo o carta al HHS por correo electrónico, fax o correo postal a:

Legal Division Office of Civil Rights
Dept. of Health & Human Services
600 East Boulevard Ave., Dept. 325
Bismarck, ND 58505-0250

Teléfono: (701) 328-2311 o 1 (800) 472-2622

TTY: 711

Fax: (701) 328-2173

Email: dhslau@nd.gov

Para obtener más información, visite: [No discriminación del HHS de Dakota del Norte \(ND HHS Nondiscrimination\)](#)