

Programa de Nutrición WIC de West Virginia
Consentimiento para recibir servicios

Estamos comprometidos con la privacidad de su información. Lea atentamente este formulario.

Nombre del Participante	Fecha de nacimiento
Nombre de los niños	Fecha de nacimiento

Doy mi consentimiento para recibir los servicios que se proporcionan a través del programa WIC de West Virginia. Para recibir estos servicios, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con suministrar mi información médica y/o la de mi hijo, que puede incluir información médica protegida, por parte de mis proveedores de atención médica a de _____ al programa WIC de West Virginia.

Entiendo y acepto que:

- Este formulario otorga el consentimiento a WIC para obtener información necesaria para completar mi cita de certificación de WIC y proporcionar al(los) participante(s) los beneficios.
- Mi información de salud puede compartirse en formato escrito, hablado y/o electrónico con el proveedor de atención médica del participante, otra clínica de WIC, o programas de salud, educación y servicios sociales.
- Para retirar mi permiso, me pondré en contacto con la oficina de WIC donde recibo los servicios. Yo entiendo que WIC puede haber divulgado información dentro de las instalaciones anteriormente con mi permiso.
- Las oficinas de WIC mantendrán mi información confidencial, como lo requiere la ley. Si decido compartir mi información con otras personas que no están obligadas por ley a mantenerla privada, no estará protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Firmo este formulario de manera voluntaria. Tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario, si la solicito.

Fecha: _____ Firma: _____

Participante de WIC

Fecha: _____ Firma: _____

Representante del Programa WIC

De acuerdo con la ley federal y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color o país de origen (incluyendo dominio limitado del inglés), religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar / parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas, represalias o venganza por haber participado anteriormente en actividades relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado a cabo o financiado por el USDA. (No todas las causas de discriminación prohibidas se aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cintas de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY).

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el formulario AD-3027, el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632- 9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe tener el nombre, la dirección, el teléfono del reclamante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta completos deben enviarse al USDA por: correo:

U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410:
o´ correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.