|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02040S (08/2023) | | **STATE OF WISCONSIN**  Página 1 de 2 | | |
| **AVISO DE INELEGIBILIDAD CATEGÓRICA DEL PROGRAMA WIC WIC PROGRAM NOTICE OF CATEGORICAL INELIGIBILITY** | | | | |
| Fecha: | | | | |
| Nombre y dirección del tutor/participante |  | | Nombre, dirección y número de teléfono del proyecto | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| Estimado(a): | | | | |
|  | | | | |
| Este aviso es para informarle que       no ese legible para WIC porque: | | | | |
| La mujer ya no amamanta.  El solicitante no cumple con la definición de una categoría atendida por el Programa WIC.  Otra: | | | | |
| Usted tiene derecho a apelar la decisión que       no es elegible escribiendo, llamando o visitando la clínica de WIC a más tardar el      .  Si solicita una apelación, se programará una audiencia para darle la oportunidad de exponer su caso. Sus derechos de apelación se explican en un anexo a esta carta. Por favor léalos atentamente.  Si su situación ha cambiado desde que recibió este aviso, llame para volver a presentar la solicitud.  Si considera que hemos pasado por alto alguna información importante sobre su elegibilidad o si desea discutir este aviso, comuníquese con la clínica de WIC. | | | | |
| **Wisconsin WIC Program** | | | | Fecha |
|  | | | |  |

Este aviso puede utilizarse para los fines del Farmers’ Market Nutrition Program (Programa de nutrición de mercados agrícolas) (FMNP) del WIC. La participación en el WIC es voluntaria. La información de identificación personal se usa para determinar la elegibilidad de WIC y se puede revelar a otros solo según lo permitido por las leyes estatales y federales.

Copia: Archivo del participante (Participant File)

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA WIC: DERECHO A APELAR LAS DECISIONES WIC PROGRAM RIGHT TO APPEAL DECISIONS** | |
| 1 | Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión. |
| 2 | Puede solicitar una audiencia si usted cree que ha sido tratado injustamente. |
| 3 | La solicitud de audiencia debe realizarse antes de que transcurran 60 días desde la fecha de este aviso. |
| 4 | Si solicita una audiencia, tiene derecho a: |
|  | 1. Asistir a la audiencia; 2. Hablar por sí mismo o solicitar a un abogado, pariente, amigo u otra persona que hable por usted en la audiencia; 3. Solicitar un intérprete o un intérprete del lenguaje de señas u otro tipo de acomodación por discapacidad durante la audiencia. Hacerle saber al personal de WIC cuando solicite una audiencia; 4. Presentar evidencia oral o escrita en la audiencia para respaldar su versión; 5. Traer testigos o presentar argumentos para respaldar su versión; 6. Leer los documentos en el archivo, tanto antes como durante la audiencia, que se refieren a su caso y que se les pueden divulgar; 7. Recibir una lista de las personas que estarán presentes en la audiencia si así lo solicita; 8. Cuestionar cualquier evidencia; 9. Conocer y hacer preguntas a los testigos; 10. Retirar la solicitud de una audiencia por escrito. |

**El programa de nutrición de WIC no discrimina**

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](mailto:program.intake@usda.gov)

 Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades*.*