

Participant Name _____	Household ID# _____
Participant Name _____	State WIC ID# _____
Participant Name _____	State WIC ID# _____

Proxy Rights and Responsibilities in WIC

IMPORTANT: Only people who sign this form will be allowed to pick up and use benefits.

These WIC Rights and Responsibilities must be reviewed and signed **by the participant, parent or guardian.** All **authorized proxies (people allowed to pick up WIC benefits and/or use them at the grocery store)** must also review and sign these Rights and Responsibilities.

What you can expect from WIC...

Nutrition Education. WIC offers tips and advice to help you feed your family in a healthy way.

Information. We help you find health care, immunizations, and other programs.

WIC foods. We give you benefits for healthy foods for each participant.

Equal treatment. WIC and store staff treat you the same regardless of your race, color, age, national origin, disability, or sex.

Fairness. You may ask for a hearing if you do not agree with WIC staff about your eligibility for WIC.

Use of Information

The information you are being asked to give is private. It may only be used to decide if you or the child is eligible for the WIC Program, and how best to serve you and your family. The information may only be shared with people directly connected with the WIC Program, unless a consent is signed. You don't have to give any information, but without it, we may not be able to decide if you or the child is eligible for the WIC Program. It may also be used for reports, studies, and audits, but no names will be used.

What WIC expects of you...

Keeping appointments. Please call your WIC clinic if you need to reschedule.

Common courtesy. Treat WIC and store staff with respect and courtesy.

Using benefits correctly. This means:

- Shopping at WIC-approved stores.
- Buying only the foods listed on the benefit and food list.
- Using benefits between the dates listed on each benefit.
- Not returning WIC foods for credit, selling benefits or WIC foods, or using benefits you reported lost or stolen.
- Getting benefits from only one WIC clinic at a time.
- Explaining the rules to your proxy.

Honesty. If you hide facts to get WIC benefits, you may be taken off the program, have to pay back money for food you should not have received, or face legal charges.

I have been told about my rights and responsibilities. To the best of my knowledge the information I have given is true. WIC staff may check this information.

Signature of participant, parent, guardian or proxy	Phone	Date
Print Name	Address	
Signature of participant, parent, guardian or proxy	Phone	Date
Print Name	Address	
Signature of participant, parent, guardian or proxy	Phone	Date
Print Name	Address	

Nombre del Participante _____
 Nombre del Participante _____
 Nombre del Participante _____

Número de Identidad del Hogar # de Identidad Estatal de WIC _____
 Número de Identidad del Hogar # de Identidad Estatal de WIC _____
 Número de Identidad del Hogar # de Identidad Estatal de WIC _____

Derechos y Responsabilidades de apoderados en WIC

IMPORTANTE: Solamente las personas que firmen este formulario podrán ser autorizadas a retirar y utilizar los beneficios.

Estos Derechos y Responsabilidades de WIC deberán ser firmados y revisados **por el participante, su padre o representante legal. Todos los apoderados autorizados (las personas permitidas a retirar los beneficios de WIC y/o a usarlos en las tiendas)** también deberán revisar y firmar estos Derechos y Responsabilidades.

Qué es lo que usted puede esperar de WIC...

Educación Nutricional. El WIC le ofrece consejos y asesoría para ayudarle a que usted alimente a su familia de una manera saludable.

Información. Nosotros le ayudamos a buscar cuidados de la salud, inmunizaciones o vacunas, y otros programas.

Comidas de WIC. Nosotros le damos beneficios de comidas saludables para cada participante.

Tratamiento igualitario. El personal de WIC y de las tiendas le tratará a usted de igual manera independiente de su raza, color, edad, nacionalidad de origen, discapacidad y de su orientación sexual.

Justicia. Usted puede solicitar una audiencia si es que no está de acuerdo con el personal de WIC acerca de su elegibilidad para recibir beneficios de WIC.

Uso de Información

La información que se le pide es privada. Puede ser utilizada solamente para decidir si es que usted o su hijo/a son elegibles para el programa WIC, y para ver la mejor manera de servirle a usted y a su familia. La información podría ser compartida solamente con las personas que están conectadas directamente con el programa WIC, a no ser que usted haya firmado una autorización para que compartamos su información. Usted no está obligado a dar información alguna, pero si no la tenemos, podría ser que no estemos en capacidad de decidir si es que usted o su niño/a son elegibles para el programa WIC. Esta información podría también ser usada en reportes, estudios y auditorías, pero no se utilizaría ningún nombre o identidad.

He sido informado acerca de mis derechos y responsabilidades. Hasta donde yo sé o conozco, la información que he proveído es correcta. El personal de WIC podría verificar esta información.

Lo que WIC espera de usted...

Cumpla con sus citas. Favor llame a su clínica de WIC si es que tiene que cambiar su cita.

Simple cortesía o Buena educación. Trate al personal de WIC y de las tiendas con respeto y cortesía.

Usando correctamente los beneficios. Esto significa que:

- Compre en las tiendas aprobadas para el programa WIC.
- Comprar solamente las comidas que constan en la lista alimenticia de beneficios.
- Usar los beneficios entre las fechas que constan en cada cupón.
- No devolver la comida de WIC para recibir crédito, ni vender los cupones ni la comida, ni usar beneficios que usted haya reportado que se le han perdido o robado.
- Recibir beneficios solamente de una clínica a la vez.
- Explicar los reglamentos a su apoderado.

Honradez - honestidad. Si es que usted esconde hechos para poder recibir beneficios de WIC, usted podría ser retirado del programa, podría también tener que pagar el dinero de la comida que usted no debió haber recibido, o enfrentar cargos legales.

Firma del participante, padre, representante legal o apoderado	Número Telefónico	Fecha
Nombre escrito en letra imprenta	Dirección	
Firma del participante, padre, representante legal o apoderado	Número Telefónico	Fecha
Nombre escrito en letra imprenta	Dirección	
Firma del participante, padre, representante legal o apoderado	Número Telefónico	Fecha
Nombre escrito en letra imprenta	Dirección	