



Aviso de Inelegibilidad / Terminación de WIC

Fecha de notificación: _____ Nombre del Agencia / Clínica: _____

Nombre del participante: _____ Dirección: _____

Fecha finalización de Certificación o Servicio: _____ Ciudad/Código postal: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN DE INELEGIBILIDAD / TERMINACIÓN

Los participantes identificados anteriormente no son elegibles para beneficios futuros o serán cancelados del Programa WIC de Illinois debido a las razones que se enumeran a continuación:

- No en una categoría elegible para WIC (embarazada, posparto, mujer que amamanta, bebé, niño)
- Los ingresos son demasiado altos para el programa WIC
- No reside en Illinois
- No tiene una condición de salud médica / nutricional.
- Retiro voluntario del programa
- Citas requeridas perdidas
- Otro (explique) _____

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Puede apelar cualquier decisión tomada por esta agencia dentro de los 60 días con respecto a su elegibilidad para el programa. Este aviso servirá como su derecho a una audiencia imparcial. Se puede realizar una audiencia imparcial y / o una apelación personalmente, o por un representante, como un familiar, amigo, asesor legal u otro vocero, comunicándose con el Administrador de la agencia local en la dirección indicada anteriormente.

Firma del personal de WIC de la agencia local

Firma del solicitante / participante

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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; or

(2) fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.