

Rights and Obligations/Consent – English

The following sentences shall be read by, or read to the person or parent or guardian of the person, in a language he or she understands:

- Standards for eligibility and participation in the WIC Program are the same for everyone regardless of race, color, national origin, sex, age, or disability.
- If you are planning to move out of state, let the WIC staff know so that you can be provided all the information that you need to obtain WIC benefits in your new state.
- If you have a disability that limits you in any way, you have a right to request free reasonable modifications, auxiliary aids and services (applicant and companion), or other accommodations when necessary to access programs or information.
- If you have trouble reading, writing, speaking, or understanding the English language, you have a right to request free language assistance services (interpreters, translated materials, or direct in-language services).
- You may appeal any decision made by the local agency regarding your eligibility for the WIC Program.
- The local agency will make health services and nutrition education available to you and you are encouraged to participate in these services.
- Florida's Surgeon General may authorize the disclosure and use of information about your participation in the WIC program for non-WIC purposes to State and local WIC agencies and public organizations only for use in the administration of their programs that serve persons eligible for the WIC program. The recipient of the information can only use it to determine your eligibility for its program, to conduct outreach for its program, to enhance your health, education or well-being while enrolled in its program, to streamline administrative procedures to minimize the burden on you or on staff, and to assess and evaluate Florida's responsiveness to participants' health care needs and health care outcomes.
- The WIC Program can communicate with my health care providers to ensure continuity of services.
- I will not sell food, formula, medical foods, or breast pumps purchased with WIC EBT cards, or provided by WIC, nor will I exchange WIC items for anything of value. I understand that baby formula purchased with WIC EBT cards may not be exchanged at the store for another brand or type of formula.
- I have been advised of my rights and obligations under the Program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct, to the best of my knowledge. This information is required for the receipt of Federal assistance. Program officials may verify the information I have provided. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

Consent: Federal law prevents my/my child's identification as a WIC participant without my consent. I hereby give consent for the WIC Program to contact me by phone (leaving a message on my answering machine/voicemail), email, text, or mail (postcard), if needed. My consent also includes contacting me on the cell phone number I have provided and/or contacting me by use of an automatic dialing service with or without a pre-recorded voice message. I understand it is my right to refuse such contact and that this decision will not affect my eligibility or service with the WIC Program. WIC staff have been told of my decision to give consent, or not to give consent.

Co-Caretaker/Proxy: I have informed WIC staff of the person I selected to be my co-caretaker and/or proxy or of my choice not to designate a co-caretaker and/or a proxy at this time.

This institution is an equal opportunity provider.

Rights and Obligations/Consent – Spanish Derechos y Obligaciones/Consentimiento

- Los criterios para elegibilidad y participación en el Programa WIC son los mismos para todos sin importar la raza, color, origen nacional, sexo o limitaciones físicas.
- Si está planeando mudarse fuera del estado, comuníquese al personal del WIC para que usted pueda recibir toda la información que necesita para obtener beneficios del WIC en su nuevo estado.
- Si tiene una discapacidad que lo limita de alguna manera, tiene derecho a solicitar modificaciones razonables gratis, ayudas y servicios auxiliares (solicitante y acompañante) u otras adaptaciones cuando sea necesario para acceder a programas o información.
- Si tiene problemas para leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés, tiene derecho a solicitar servicios gratis de asistencia con el idioma (intérpretes, materiales traducidos o servicios directos en el idioma).
- Usted puede apelar cualquier decisión hecha por la agencia local con relación a su elegibilidad para el Programa de WIC.
- La agencia local tendrá a su disposición servicios de salud y nutrición y le animará a participar de esos servicios.
- El Cirujano General de Florida puede autorizar la revelación y el uso de información acerca de su participación en el Programa WIC para propósitos no relacionados con WIC a agencias Estatales y locales de WIC y a organizaciones públicas solamente para ser usadas en la administración de sus programas que sirven a personas elegibles para el programa WIC. El recipiente de la información solo podrá utilizarla para determinar su elegibilidad para su programa, para alcance de la comunidad para su programa, para mejorar su salud, educación o bienestar mientras está participando en su programa, simplificar procedimientos administrativos, minimizar su carga o la del personal y para analizar y evaluar la respuesta de Florida a las necesidades de salud y los resultados de cuidado de salud de los participantes.
- El programa WIC puede comunicarse con mis proveedores médicos para asegurar la continuidad de los servicios.
- No venderé alimentos, fórmula, alimentos médicos o bombas para lactancia compradas con la Tarjeta de Débito de WIC y tampoco cambiaré los artículos de WIC por nada de valor. Entiendo que la fórmula comprada con Tarjetas de Débito de WIC no puede ser cambiada en la tienda por otra marca o tipo de fórmula.
- He sido notificado de mis derechos y responsabilidades bajo el Programa. Yo certifico que hasta donde yo sé, la información que he provisto para determinar mi elegibilidad es correcta. Esta información se requiere para el recibo de asistencia Federal. Los oficiales del Programa pueden verificar la información que he provisto. Yo entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente o representando falsamente, ocultando o reservando hechos, puede resultar en pago a la agencia Estatal en efectivo, el valor de beneficios de comida recibidos por mí y me puede someter a cargos criminales bajo la ley Estatal y Federal.

Consentimiento: La ley Federal previene que yo o mi niño/nios seamos identificados como participantes de WIC sin mi consentimiento. Por la presente autorizo al Programa WIC a llamarme por teléfono (dejando mensaje en mi máquina grabadora/contestador automático), por correo electrónico o por correo (tarjeta postal) si es necesario. Mi consentimiento también incluye el contacto por medio del teléfono celular que he provisto y/o contactándome mediante el uso de servicio de acceso telefónico automático o sin un mensaje de voz pre- grabado. Yo entiendo que es mi derecho el rechazar este contacto y que esta decisión no afectará mi elegibilidad o servicio con el Programa WIC. El personal de WIC me han informado de mi decisión de dar o no dar consentimiento.

Encargado o persona designada: Le he informado al personal de WIC quién es la persona que he seleccionado para ser mi encargado y/o persona designada en éste momento.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.