Supplemental Information Form

.. This agency will make health services and nutrition education available to you, and you are encouraged to participate in them.
. Standards for participation in the WIC Program are the same for everyone regardless of sex, age, disability, race, color, or national origin.

C. I will buy only WIC approved foods and never redeem vouchers for cash, credit, non-food items or unauthorized foods.
I will be polite to clinic and store staff. I understand that if I threaten or do harm to the staff, I may be suspended from the program.
I will not sell or trade my WIC vouchers, food or formula purchased with WIC vouchers.
I understand WIC foods are to be eaten by the WIC participant only.
I understand that if my vouchers are lost or stolen, they may not be replaced.

)ual Benefits

hereby state that neither my dependents nor I currently receive benefits from another clinic. I also agree that I (we) will not receive WIC benefits from more than one inic during the same period. I understand that receiving dual benefits is considered fraud.

eceiving dual benefits may subject me to:

1. repaying in cash the value of food benefits improperly issued to me and/or my dependent(s)
2. prosecution under State and Federal laws, and
3. being disqualified from participating in WIC.

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 nowledge. This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information provided to the WIC rogram. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing or withholding facts may result in paying the tate agency, in cash the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under the State and Federal law. I am not articipating in any other WIC clinic.

hared Client Information:

he eligibility data used to enroll you in the WIC Program (income, medical information, etc.) will be shared with Health and Human Services Program or other WIC Programs, you transfer. The programs will use this information only to determine your eligibility for their program and will not release it to anyone else.

'rivacy Notification

/ith a few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review th iformation upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See **http://www.tdh..state.tx.us** for mor iformation on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

_____ _____ _____ _____ _____
ignature of participant/parent/guardian/caregiver Date Signature of additional parent/guardian/caregiver Date Child's name

For Official Use Only-
certify that I determined the eligibility of this participant

_____ _____
/IC Certifying Official Signature Title Date

hysically Present ☐ Yes ☐ No Date Infant Presented: _____

'ermination or Ineligibility Reason(s) (Circle)

. Moved out of state.
. No condition of nutritional need.
- Height, weight, and hemoglobin or hematocrit are within normal limits.
- Diet is adequate.
- Growth measurements are within normal limits.
- Medical history shows no condition of nutritional need.

. Exceeds income standard.
. Child is five years or older.
. Pregnancy ended more than six months ago or mother stopped breastfeeding before one year, or breastfed child is over one year old.
. Certification is past due.

7. Program abuse/dual participation. Program abuse includes but is not limited to the following:
   - Selling or trading WIC vouchers, food or formula purchased with WIC vouchers.
   - Threatening behavior or physical harm done to the clinic or store staff.
   - Failure to report correct income during certification
   - Giving a false address during certification
   - Receiving food vouchers from more than one WIC site.
   - Purchasing unauthorized foods with WIC food vouchers.
8. Caseload management. Please be advised that you and/or your child are still eligible for the program. You have been placed on a waiting list as a Priority.
9. Other _____

' found ineligible, you have been notified of the reason(s) for your ineligibility/termination and of the right to a fair hairing. If you feel your ineligibility was determined unfairly, yo ıay request a fair hearing. The fair hearing procedure will be explained to you by personnel at this agency. You may also file a complaint by calling our toll-free number 1-800-94 578.

_____ _____ _____
ignature of participant or parent/guardian/caregiver Date Child's name

certify that I determined the ineligibility of this participant

_____ _____ _____
/IC Official Signature Date Title (If participant is ineligible due to reasons 2, 7, or 8, a Certifying Authority must sign.)

Formulario De Información Suplementaria

. Esta agencia proporciona servicios de salud y educación nutricional y se la invita a participar.
. Las normas para participar en el programa WIC son iguales para todos, sin tomar en cuenta el sexo, la edad, incapacidad, raza, color u origen nacional.
. Compraré solo los alimentos aprobados por WIC y nunca cambiaré los cupones por dinero, crédito, productos que no son comestibles o alimentos que no son autorizados.

Seré cortés con el personal de la clinica y la tienda. Entiendo que si amenazo o le causo algún daño al personal, se me puede suspender del programa.
No venderé ni cambiaré mis cupones de WIC, los alimentos o la fórmula comprados con esos cupones. Entiendo que los alimentos de WIC son para el uso del participante de WIC solamente.
Entiendo que si pierdo mis cupones o me los roban, no se pueden reemplazar.

Beneficios dobles

Declaro que en este momento, ni mis dependientes ni yo, estamos recibiendo beneficios de niguna otra clinica. Además, estoy de acuerdo en que yo (nosotros) no recibiré (no recibiremos) beneficios de más de una clínica a la vez. Entiendo que esto se considera un fraude.

Al recibir beneficios dobles estoy propensa a:

1. pagar en efectivo el valor de los beneficios de alimentos que inapropiadamente se otorgaron a mi(s) dependiente(s) y a mí.
2. ser juzgada bajo las leyes estatales y federales, y.
3. ser descalificada para participar en WIC.

He sido advertido sobre mis derechos y deberes bajo este programa. Certifico que la información proporcionada para determinar si califico para recibir los servicios es correcta según mi conocimiento. Este formulario de certificación se ha entregado en relación con el recibimiento de asistencia federal. Los oficiales del programa pueden verificar la información proporcionada al Programa WIC. Entiendo que hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa, o intencionalmente esconder, ocultar o distorcionaar información puede resultar en un pago, en efectivo, a la agencia estatal por el costo de los beneficios alimenticios que se me otorgaron inapropiadamente, y puedo ser sometido a un tribunal en corte civil o criminal bajo las leyes federales y estatales. No estoy recibiendo servicios de ninguna otra clínica de WIC.

Información que se comparte sobre el cliente:

La información que le hace a usted elegible para el programa WIC (ingresos económicos, información médica, etc.) va a ser compartida con los programas de salud y servicios humanos anotados en la hoja anexa. Las agencias utilizarán la información con el único propósito de determinar su elegibilidad para sus programas, y no se le proporcionará a nadie más.

Notificación Sobre Privacidad

Han solo por unas cuantas excepciones; usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al pedirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado se incorrecta. Diríjase a **http://www.tdh.state.tx.us** para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code*, sección 552.021, 552.023, 559.003 559.004)

Firma del participante/padres/tutor/persona que los cuida	Fecha	Firma adicional padres/tutor/persona que los cuida	Fecha	Nombre del niño

Para Uso Oficial----------

Certifico que he determinado la elegibilidad de este participante

Firma del oficial certificacora de WIC	Titulo	Fecha

Presente en persona ☐ Sí ☐ No Fecha en que se presentó el bebé: _____

Razones por terminación de servicios o inelegibilidad (Ponga un círculo)

. Se mudó para otro estado.
. No se muestran deficiencias nutricionales:
- Estatura, peso, hemoglobina, "hematocrit", están dentro de los límites normales.
- Dieta adecuada.
- Desarollo dentro de los límites normales.
- La historia clínica no muestra una condición de necesidades nutricionales.

. Sobrepasa los límites de ingresos económicos.
. El niño tiene cinco años o más.
. El embarazo terminó hace más de seis meses, o la madre dejó de alimentar con pecho al niño antes del primer año, o el niño alimentado con pecho tiene más de un año.
. Se venció la certificación.

7. Abuso del programa/participación doble. El abuso del programa incluye, pero no se limita, a los siguientes puntos:
   - Vender o intercambiar los cupones de WIC, los alimentos o la fórmula adquiridos con los cupones de WIC.
   - Trato grosero, abusivo, amenazador o hacer daño físico al personal y clínica de WIC o al personal de la tienda de abarrotes.
   - No reportar los verdaderos ingresos durante la certificación.
   - Dar una dirección falsa durante la certificación.
   - Recibir cupones de más de una clínica de WIC en el mismo mes del año.
   - Comprar alimentos que no son autorizados con los cupones de WIC.
8. Administración de Casos. Le informamos que usted y/o su niño aún son elegibles para el programa de WIC. Su nombre se ha puesto en una lista de espera de prioridad.
9. Otro_____

Si se determina que es inelegible, usted ha sido notificado de las causas de la inelegibilidad/terminación, y de su derecho en pedir una audiencia justa. Si usted piensa que ue declarada inelegible fuera de su derecho, usted puede solicitar una audiencia justa. La audiencia justa la será explicada a usted por el personal de esta agencia. También puede dar su queja llamando a la línea gratuita al 1-800-942-3678.

Firma de participante/padres/tutor/personal que lo cuida	Fecha	Nombre del niño

Certifico que he determinado la inelegibilidad de este participante

Firma del oficial de WIC	Fecha	Título (Si el participante es inelegible por las razones 2, 7, u 8 la persona que firma debe ser una Autoridad Certificadora)

WIC CRIANDO FAMILIAS SALUDABLES

TDH