

Notice of Action During WIC Certification Period

Date:		Family Representative:	
Participant:		Family ID#:	

This shall serve as notice that _____, no longer meets WIC Program requirements for the following reason(s):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lower priority nutritional need.
<input type="checkbox"/> Does not meet nutritional need criteria.
<input type="checkbox"/> Income exceeds maximum allowable:
Family size: _____ \$ _____ annually.
<i>(As reported by Participant/Family Representative)</i> | <input type="checkbox"/> Not in a category served by WIC.
<input type="checkbox"/> Moved from State.
<input type="checkbox"/> Other: _____
_____ |
|--|---|

This determination is effective on _____.

If you or your child no longer meet WIC Program eligibility requirements, you may reapply at any time following a change in the circumstances or factors upon which this action is based, e.g., change in family income, health or nutritional status, etc.

If you want to appeal:

If you want to appeal any decision made regarding you or your child’s participation in the WIC Program, you may request a fair hearing within 60 days from the date of this notice by contacting the California Department of Public Health, California WIC Program, Hearing and Appeals Unit, 3901 Lennane Drive, Sacramento, CA 95834; Hearing Line: 1-916-928-8595 or 1-800-852-5770. You may have a representative such as a relative, friend, or legal counsel assist you with requesting an appeal or providing arguments on your behalf.

Continuation of benefits:

If you are denied benefits during a certification period and you request a fair hearing within 15 days of this notice you shall continue to receive benefits until the hearing official makes a decision or the certification period expires, whichever occurs first.

If you are denied benefits because of the expiration of your current certification period or because you have been determined to be categorically ineligible, you may appeal the denial but shall not receive benefits while awaiting the hearing.

Confidentiality of information:

The information used to determine WIC Program eligibility will be kept confidential and on file at the WIC office and at the California Department of Public Health, California WIC Program. You have the right to review the information during normal business hours by calling 1-800-852-5770. The information required for participation is collected in accordance with the Federal Regulations 7 C.F.R. §246.7, §246.9, §246.23, and §246.26.

Nondiscrimination:

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

Signature of Family Representative/Caretaker	[WIC Staff User ID]
--	---------------------



Aviso de acción durante el periodo de certificación de WIC

Fecha:		Representante de la familia:	
Participante:		Identificación familiar#:	

Por el presente se notifica que _____, ha dejado de cumplir con los requisitos del Programa WIC por el/los siguiente(s) motivo(s):

- Necesidad nutritiva de menor prioridad.
- No cumple con los criterios de necesidad de nutrición.
- El ingreso excede el máximo permisible:
Tamaño de la familia: _____ \$ _____
anualmente.
(como lo indicó el participante/representante de la familia)

- No está en una categoría a la que sirve WIC.
- Se mudó del Estado.
- Otro: _____

Esta determinación se realizó el _____.

Si usted o su hijo han dejado de cumplir con los requisitos de elegibilidad para el Programa WIC, pueden volver a solicitar participar en cualquier momento si cambian las circunstancias o los factores en los que se basa esta acción, por ejemplo, un cambio en el ingreso familiar, en la condición de salud o de nutrición, etc.

Si desea apelar:

Si desea apelar cualquier decisión sobre su participación o la de su hijo en el programa WIC, puede solicitar una audiencia equitativa dentro de los 60 días de la fecha de este aviso, poniéndose en contacto con el California Department of Public Health, California WIC Program, Hearing and Appeals Unit, 3901 Lennane Drive, Sacramento, CA 95834; Línea de audición: 1-916-928-8595 o 1-800-852-5770. Puede tener un representante, como un pariente, amigo o abogado, para que le ayude a solicitar una apelación o a presentar argumentos a su favor.

Continuación de los beneficios:

Si le niegan beneficios durante un período de certificación, y usted solicita una audiencia equitativa dentro de los 15 días de este aviso, seguirá recibiendo beneficios hasta que uno de lo siguiente ocurra primero: un funcionario de audiencias tome una decisión o se venza el período de certificación.

Si le deniegan beneficios a causa del vencimiento de su período de certificación actual o porque se determinó que categóricamente no es elegible, puede apelar la decisión pero no recibirá beneficios mientras espera la audiencia.

Confidencialidad de la información:

La información usada para determinar la elegibilidad para el programa WIC se mantendrá confidencial en los registros de la oficina de WIC y del California Department of Public Health, Programa de WIC de California. Usted tiene derecho a ver la información durante el horario normal de oficina llamando al 1-800-852-5770. La información que se necesita para participar se obtiene de conformidad con las Reglamentaciones Federales, 7 C.F.R. §246.7, §246.9, §246.23, y §246.26.

No discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992.

Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Firma del representante de la familia o guardián ➤	[WIC Staff User ID]
---	---------------------

