



**Rhode Island Department of Health
WIC Program - Reapplication Notice**

Parent/Guardian/Caretaker Name

Family ID #

Agency

Participant Name

Participant ID #

Telephone #

Has been scheduled to reapply on:

Appointment Date

Appointment Time

Your current eligibility for WIC will end soon. We have scheduled the above appointment for you.

You will not receive further WIC benefits until you are found eligible again. If you miss your appointment, there may be a delay before you can be seen.

If you cannot keep this appointment, you must contact us in order to be rescheduled.

At this appointment, we will perform certain tests and ask you again about your income, address, family size, health, and the foods your child eats.

YOU MUST BE ON TIME AND BRING THE FOLLOWING ITEMS TO YOUR APPOINTMENT:

1. If "x" appears in box, you must have your doctor (or other health provider) complete a WIC-2A or WIC-2B medical information form. Bring the completed form with you.
2. If "x" appears in box, bring your child's immunization records (booklet).
3. Proof of ALL current family income before deductions (example: pay stubs, GPA payment, Medicaid #, FIP Payment, RIWorks, Food Stamp ID, unemployment, or other benefits).
4. Identification for yourself and the participant named above. (Example: your child's **birth certificate**). If the participant/applicant is a child, **bring him/her with you**.
5. Proof of your actual street address (a current gas, electric or other utility bill with your address on it).

You may call us if you have questions about what you need to bring. IF YOU DO NOT BRING THE NEEDED ITEMS, IT WILL DELAY YOUR APPLICATION AND BENEFITS.

YOUR PRESENT ELIGIBILITY ENDS ON: _____

Should you feel you have been unfairly treated from this program, you are entitled to a Fair Hearing. You may make a request for a hearing within 60 days from the date of termination. Request for Fair Hearing forms are available at the local WIC office. If not, contact the WIC Program, Attention Fair Hearing, RI Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 or call RIDOH Information Line at 401-222-5960 / RI Relay 711.

Sincerely,

Date: _____

Explanation given in: _____

Language

Si necesita ayuda en comprender esta carta, por favor llame al (401) 222-4623 donde le ayudarán con la traducción.

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 mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.



Departamento de Salud de Rhode Island

Programa WIC– Aviso para la Re-aplicación

Nombre del padre-madre/tutor/encargado(a): _____

Número familiar _____

Agencia _____

Nombre del participante _____

Número del participante _____

Teléfono _____

Se le ha hecho esta cita para reaplicar: _____

Fecha de la cita _____

Hora de la cita _____

Su elegibilidad para WIC pronto terminará. Le hemos hecho la cita arriba mencionada.

Usted no recibirá beneficios de WIC si se determina que no es legible. Si pierde su cita, puede ser que haya retrasos antes de que se le pueda reintegrar al Programa.

Si no puede ir a la cita, usted tiene que contactarnos antes de la fecha de su cita para poder darle otra, o usted no podrá continuar en el Programa WIC.

Durante esta cita se le harán algunas pruebas y se le preguntará otra vez por sus ingresos, dirección, salud, cuántas personas componen su familia y qué alimentos consumen sus hijos.

USTED TIENE QUE LLEGAR A TIEMPO Y TRAER LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A SU CITA:

1. Si aparece una "x" en el cuadro, usted tiene que traer el formulario médico WIC-2A o WIC-2B, llenado por su médico (o por cualquier otro proveedor de cuidados de la salud). Traiga el formulario ya lleno.
2. Si aparece una "x" en el cuadro, usted debe traer el record de vacunas de su hijo.
3. Prueba de ingreso bruto (ingreso antes de todas las deducciones) de TODOS los integrantes de su familia (por ejemplo: contra-cheques o talonarios de pagos por empleo, pagos recibidos del GPA, número de Medicaid, número de identificación del programa de cupones de alimentos, documentos del desempleo, o cualquier otro beneficio).
4. Su identificación y la del participante arriba mencionado (por ejemplo: el **certificado de nacimiento** de su hijo). Si el participante o el que aplica es un menor, **tráigalo(la) con usted.**
5. Prueba de dirección actual (una factura del gas, electricidad o cualquier otra factura con su dirección).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre los documentos que tiene que traer. SI USTED NO TRAE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, HABRÁ UN RETRASO EN SU APLICACIÓN Y EN SUS BENEFICIOS.

SU ELEGIBILIDAD (CERTIFICACION) TERMINA EN: _____

Si cree que se le ha tratado injustamente en este Programa, usted tiene derecho a pedir una Audiencia Imparcial. Puede pedir la audiencia dentro de 60 días de la fecha de término. En la oficina local de WIC hay formularios para pedir la Audiencia Imparcial. Si no hay, comuníquese el Programa WIC, Attention Fair Hearing, RI Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 ó llame a la Línea de Información del RIDOH al 401-222-5960 / RI Relay 711.

Atentamente,

Fecha: _____

La explicación fue dada en: _____

Idioma

Según 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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión [Federal Relay Service] llamando 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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 correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.