



Rhode Island Department of Health WIC Program - Reapplication Notice



Parent/Guardian/Caretaker Name

Family ID #

Local 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 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.
- ☐ Bring your child's immunization records (booklet).
- ☐ Proof of ALL current family income before deductions (example: pay stubs, GPA payment, Medicaid #, FIP Payment, RIWorks, Food Stamp ID, unemployment, or other benefits).
- ☐ 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**.
- ☐ 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,

Staff Name: _____

Date: _____

Explanation given in: _____

Language

Si necesita ayuda en comprender esta carta, por favor vea al dorso o llame al (401) 222-4623 y le ayudarán en español.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: **mail:** US Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; or **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or **email:** program.intake@usda.gov



Departamento de Salud de Rhode Island Programa WIC – Aviso para re-aplicar



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

Número familiar

Agencia

Nombre del participante

Número del participante

Teléfono

Se le ha hecho esta cita para re-aplicar:

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 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.
- ☐ Debe traer el récord de vacunas de su hijo.
- ☐ 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 ingreso).
- ☐ 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**.
- ☐ 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,

Nombre del empleado: _____

Fecha: _____

La explicación fue dada en:

Idioma

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.usda.gov/sites/default/files/resource-filesusdaprogram-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 suficientes detalles 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: **correo:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave, SW, Washington, D.C. 20250-9410; **fax:** (833) 256-1665 ó (202) 690-7442; o **correo electrónico:** program.intake@usda.gov.