



Rhode Island Department of Health WIC Program

Denial of Eligibility/Program Termination

Date	Family ID Number	Participant Name	WIC Agency #

- () Denial: _____, based on the information that was submitted to us, we have determined that you/your child are not eligible for Program benefits for the following reason(s):
- () Disqualification: _____, your eligibility for the WIC Program at this agency will be ending on _____. You/Your child are ineligible for continued benefits for the following reason(s):
- () Do not reside in Rhode Island or transferred to another agency, or deceased.
- () Determined not to be at nutritional risk.
- () Exceed the income level allowed in Program.
- () Classified as a Priority _____. You have been placed on our waiting list pending future openings at your Priority level. When there are openings at this Priority level, you will be notified. You must reapply for Program benefits in six months.
- () Dual participation or abuse of Program is evident.
- () Not in a WIC category: that is, your child is 5 years of age or older.
- () Not in a WIC category: that is, you are not pregnant, breastfeeding an infant less than one year old, or postpartum less than six months.
- () Other (specify) _____

If you disagree with this decision you are entitled to a Fair Hearing. You may make a request for a hearing within 60 days from the date of this denial/termination. Request for Fair Hearing forms are available at the local WIC office. If not, please contact the WIC Program, *Attention Fair Hearing*, Rhode Island Department of Health, Three Capitol Hill, Providence, RI 02908, or call the RIDOH Information Line at 401-222-5960 / RI Relay 711.

Language explanations given in

WIC Staff Signature/Title

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, religious creed, disability, age, political beliefs, 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 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.

WIC-9A

Revised 11/06/2020



Departamento de Salud de Rhode Island Programa WIC

Aviso de Negación de Elegibilidad/Descalificación del Programa

Fecha	Número de Identificación en WIC	Nombre del Participante en WIC	Agencia de WIC

- () Negación: _____, basado en la información que nos fue sometida, hemos determinado que usted/su hijo(a) no son elegible para recibir los beneficios del Programa, por la(s) siguiente(s) razón(es):
- () Descalificación: _____, su elegibilidad para el Programa WIC en esta agencia, se terminará el día _____. Usted/su hijo(a) no son elegibles para continuar recibiendo los beneficios, por la(s) siguiente(s) razón(es):
- () Usted no reside en Rhode Island o se transfirió a otra agencia, o falleció.
- () Se ha determinado que no está en riesgo nutricional.
- () Su nivel de ingreso excede lo permitido en el Programa.
- () _____ está clasificada(o) como una Prioridad. Usted ha sido inscrita(o) en nuestra lista de espera, pendiente a que haya alguna oportunidad abierta, según su nivel de Prioridad. Se le notificará seguido haya una oportunidad abierta en ese periodo de Prioridad. Usted tiene que reaplicar en seis meses para recibir los beneficios del Programa.
- () Es evidente que ha abusado del Programa o ha participado en más de una agencia al mismo tiempo.
- () No está en una categoría de WIC: es decir, que su hijo(a) tiene 5 años de edad o más.
- () No está en una categoría de WIC: es decir, que no está embarazada, no está amamantando a su bebé de menos de un año de edad o no está dentro de un período de seis meses de posparto.
- () Otro (especifique) _____

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene todo el derecho de pedir una Audiencia Imparcial (*Fair Hearing*, en inglés). Usted puede pedir una audiencia dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de emisión de este aviso. El formulario para pedir una Audiencia Imparcial está disponible en la oficina local de WIC. Si no, por favor comuníquese con el Programa WIC, *Attention Fair Hearing*, Departamento de Salud de Rhode Island, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908, o llame a la Línea de Información de RIDOH al 401-222-5960 / RI Relay 711.

Explicación dada en este idioma

Firma/Título del personal de WIC

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 Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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 Ave, 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.