



# WIC PARTICIPANT RIGHTS, RESPONSIBILITIES AND CONSENT

Please **choose** if you **do or do not give permission** for the following:

- | Yes                      | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The taking of height and weight measurements and a finger stick blood test to check iron status for myself and/or my child(ren). These are used to establish nutritional need for the WIC Program.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The WIC Program to share eligibility information (such as name, address, income level and birth date) for myself and my child(ren) with local, state, and federal WIC programs. This information may also be shared with the Idaho Department of Health and Welfare’s Medicaid and SNAP programs for the purpose of referral.                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The WIC Program to share immunization status with the Immunizations Program for referral purposes.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The WIC Program to schedule remote or virtual appointments when possible, such as video or phone options offered by the clinic. I understand that I can opt out and come to the clinic for these appointments at any time.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The WIC Program to contact me and leave messages at the phone number provided. I understand messages left on my phone may contain information such as the WIC program name, applicant, participant and/or family name(s) and information related to appointments. I understand I can notify the clinic and change my choice about WIC contacting me at any time. |

*You may review your record and have the right to cancel consent in writing at any time.*

Please read the statements and check the box below to approve your understanding of the following:

- I have been advised of my rights and obligations under the program.
- I understand my rights and responsibilities and I agree to follow them.
- I understand that I am responsible for the use and behavior of my second cardholder, if applicable.
- I understand the WIC program uses health data and eligibility information for receiving WIC services and for evaluating the success of the program, monitoring, and auditing the program. I release the Idaho Department of Health and Welfare from any and all responsibility and liability concerning the release of information I have consented to be released.
- I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
- All application information submitted is connected to the receipt of federal assistance. Program officials may verify application information.
- I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the state agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under state and federal law.

I, \_\_\_\_\_, have read, understand and agree with the statements above.  
Name

\_\_\_\_\_  
Date

FID#: \_\_\_\_\_  
(For WIC staff use only)

*WIC is an equal opportunity provider.*



# DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

Please **choose** if you **do or do not give permission** for the following:

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección, nivel de ingresos y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados con los Programas de Medicaid y SNAP de Idaho para usarlos en referencias.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC para programar citas remotas o virtuales cuando sea posible, como las opciones de video y teléfono ofrecidas por la clínica. Entiendo que puedo optar por no participar y venir a la clínica para estas citas en cualquier momento.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El programa WIC para comunicarse conmigo y dejar mensajes en el número de teléfono proporcionado. Entiendo que los mensajes que se dejan en mi teléfono pueden contener información como el nombre del programa WIC, el solicitante, el participante y / o el (los) apellido (s) e información relacionada con las citas. Entiendo que puedo notificar a la clínica y cambiar mi elección de que WIC se comunique conmigo en cualquier momento. |

*Usted puede revisar su registro y tiene el derecho de cancelar su consentimiento por escrito en cualquier momento.*

**Por favor lea las declaraciones y marque la casilla de abajo para confirmar su comprensión de lo siguiente :**

- Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en el programa.
- Entiendo mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- Entiendo que soy responsable por el uso y comportamiento del segundo titular de la tarjeta, si es aplicable.
- Entiendo los datos de salud WIC usos del programa y la información de elegibilidad para recibir servicios de WIC y pueden compartir esta información con los programas locales, estatales y federales de WIC. Esta información también se utiliza para evaluar el éxito del programa, seguimiento y auditoría del programa. Libero al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho de toda responsabilidad y obligación con respecto a la divulgación de información que he consentido que se divulgue.
- Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Program officials may verify application information.
- Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

He, \_\_\_\_\_, leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FID#:** \_\_\_\_\_  
(For WIC staff use only)

*WIC es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.*