

Cómo apelar una decisión del Programa WIC

Derechos de apelación y procedimiento

Si el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) no lo inscribe a usted o a su hijo, o lo descalifica, y usted considera que la decisión es injusta, tiene derecho a apelar esta decisión. Usted dispone de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se le notificó la decisión para solicitar una audiencia imparcial. Si transcurren los 60 días, ya no podrá solicitar la audiencia. Su solicitud puede hacerse sin temor a represalias o sanciones. La información sobre audiencias imparciales está disponible en todos los centros WIC y en el **sitio web del Departamento de Salud de Vermont**: <https://www.healthvermont.gov/family/wic/usda-nondiscrimination-statement#wicappeals>

En caso de que se le hayan denegado los beneficios de WIC debido a una infracción por parte del participante y haya recibido una notificación por escrito, su solicitud para una audiencia imparcial debe realizarse dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de envío del aviso por correo, o desde la notificación escrita de la decisión.

La Junta de Servicios Humanos de la Agencia de Servicios Humanos de Vermont (Vermont Agency of Human Services Human Services Board, HSB) lleva a cabo las audiencias imparciales. Puede solicitar una audiencia imparcial en persona, por teléfono, o por correo electrónico o postal a la agencia estatal o local. Se proporcionarán servicios de traducción, y puede solicitar información sobre apelaciones en otros idiomas (albanés, árabe, birmano, dari, francés, kirundi, nepalí, pashto, chino simplificado, somalí, español, swahili, chino tradicional, vietnamita).

Cómo solicitar una audiencia

Las solicitudes de apelación para una audiencia imparcial y/o audiencias en las agencias locales se pueden hacer en persona, por teléfono, correo postal o correo electrónico a la Agencia Estatal de WIC, a la Junta de Servicios Humanos o su agencia local de WIC. Complete un [Formulario de Apelación](#) para cada solicitud de audiencia imparcial y/o audiencia en las agencias locales. El formulario de apelación está disponible en papel y en formato electrónico. Cuando realice su solicitud en persona, se le proporcionará una copia en papel del formulario. Si necesita ayuda para completar el formulario, puede solicitar asistencia y pedir al personal que escanee y envíe el formulario impreso por correo electrónico a WIC@Vermont.gov (correo electrónico de la Agencia Estatal de WIC) y a la Junta de Servicios Humanos (HSB) a contact.hsb@vermont.gov.

Si completa el formulario de apelación electrónico, debe guardar una copia en su computadora y enviarla por correo electrónico a las direcciones antes mencionadas o por correo postal a la Directora Estatal de WIC:

Directora estatal de WIC
Vermont WIC Program
280 State Drive

¿Qué es una audiencia imparcial?

En el contexto de una **audiencia imparcial**, usted tiene el derecho de formular preguntas y de presentar sus argumentos para exponer las razones por las cuales considera que la decisión adoptada es incorrecta o injusta. Usted puede optar por representarse a sí mismo, o puede designar a otra persona para que lo represente, como un familiar, amigo, asesor legal u otro portavoz.

Asimismo, puede solicitar una audiencia en la agencia local. Esta solicitud puede realizarse en cualquier momento, incluso simultáneamente a la solicitud de una audiencia imparcial. La audiencia en la agencia local no es obligatoria. Esta audiencia consiste en una reunión entre usted, el supervisor de la agencia local y el director estatal de WIC o su representante. Usted tiene el derecho de asistir a esta audiencia con un representante, ya sea un familiar, amigo, asesor legal u otro portavoz. La audiencia en la agencia local se llevará a cabo dentro de los 10 días hábiles posteriores a su solicitud, ya sea en su agencia local de WIC o mediante videoconferencia. La audiencia en la agencia local puede facilitar la resolución del asunto con anterioridad a la realización o conclusión de la audiencia imparcial. En caso de que usted no desee participar en una audiencia en la agencia local, o si no queda satisfecho con el resultado de la misma, puede solicitar una audiencia imparcial.

Su solicitud para una audiencia imparcial puede ser denegada si:

- 1) No presenta su solicitud para una audiencia imparcial dentro del plazo de sesenta (60) días;
- 2) Usted, o su representante, retira su solicitud de audiencia imparcial por escrito;
- 3) Usted o su representante no se presenta en la audiencia imparcial sin proporcionar una justificación válida; o
- 4) Se le ha negado previamente la participación en una audiencia imparcial y no puede proporcionar pruebas de que sus circunstancias, relevantes para la elegibilidad de usted o de su hijo, han cambiado de manera que justifiquen una nueva audiencia imparcial.

Notificación del resultado de la apelación

La Junta de Servicios Humanos (HSB) debe notificarle por escrito la decisión dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que informó a WIC sobre su solicitud de una audiencia imparcial. Si la HSB decide que usted debe recibir los beneficios, estos deben comenzar de inmediato. Usted tendrá la oportunidad de apelar esta decisión ante la Corte Suprema de Vermont.

Si necesita más información o tiene preguntas, puede comunicarse con la Agencia Estatal de WIC de Vermont al 1-800-649-4357 o con la Junta de Servicios Humanos al 802-828-2536.

Formulario de apelación de WIC

Programa WIC del Departamento de Salud de Vermont

Complete este formulario para solicitar una audiencia en la agencia local, una audiencia imparcial o ambas.

Si necesita más información o tiene preguntas, puede comunicarse con la Agencia Estatal de WIC de Vermont al 1-800-649-4357 o con la Junta de Servicios Humanos al 802-828-2536.

1. Solicito lo siguiente, según lo dispuesto en las regulaciones del Programa WIC:

Audiencia en agencia local

Audiencia imparcial

Ambas

2. Exponga con sus propias palabras las razones por las cuales considera que la decisión de denegar los beneficios de WIC es incorrecta o injusta, basándose en los criterios de elegibilidad del programa WIC.

3. Nombre completo
(nombre, inicial del segundo
nombre, apellido)

4. Dirección postal:

5. Correo electrónico:

6. Número de teléfono:

7. Si solicita una audiencia imparcial en representación de los menores de su familia a quienes se les han denegado los beneficios de WIC, proporcione los nombres completos y las fechas de nacimiento de los menores a continuación:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

7. Si desea que un representante le asista durante la audiencia, proporcione a continuación su nombre, dirección, correo electrónico y/o número de teléfono.

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

8. ¿Requiere la presencia de un intérprete o traductor durante la audiencia? Sí No

7. En caso afirmativo, ¿de qué idioma necesita? _____

8. Fecha en que se completó: _____

Complete el formulario, guárdelo y envíelo por correo a la Directora del Programa WIC:

Directora estatal de WIC
Vermont WIC Program
280 State Drive
Waterbury, VT 05671-8360

O bien, puede guardar el formulario y enviarlo por correo electrónico a WIC@Vermont.gov (correo electrónico de la agencia estatal de WIC) y/o a la Junta de Servicios Humanos en contact.hsb@vermont.gov.

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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/documents/ad-3027s.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 suficiente detalle 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:

- (1) **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.