

Solicitud en línea para el programa WIC de Vermont

Para ser elegible para WIC, las personas deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Pertenecer a una de las siguientes categorías:
 - Mujer embarazada
 - Mujer que estuvo embarazada en los últimos 6 meses
 - Mujer que amamanta a un bebé de hasta 12 meses de edad
 - Bebé o niño de hasta 5 años de edad (solicitud presentada por los padres o cuidadores)
2. Ser residente de Vermont
3. Cumplir con las pautas de ingresos o participar en Medicaid/Dr. Dynasaur, 3SquaresVT (SNAP), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o al programa Familias con Hijos Dependientes.

Este formulario se completa en menos de 10 minutos. Si desea ayuda con esta solicitud o desea solicitar una adaptación, comuníquese con nosotros por correo electrónico o teléfono:

WIC@vermont.gov , 802-863-7333.

Para iniciar su solicitud, siga estos pasos:

1. Complete y envíe este formulario editable por correo electrónico a: WIC@vermont.gov
2. Después de enviar este formulario, un miembro del personal de su oficina local de WIC se pondrá en contacto con usted para confirmar si cumple con los requisitos. Si lo hace, se programará una cita con WIC.
3. Asista a su cita para inscribirse en WIC.

Ingrese su información de contacto a continuación.

(*Campo obligatorio)

Nombre *

Apellido *

Dirección *

Número de apartamento

Ciudad *

Estado *

(Debe ser residente de Vermont para participar en el programa WIC de Vermont)

Vermont

Código postal *

(Use un código postal de 5 dígitos que comience con 05)

Dirección de correo electrónico *

Teléfono*

Comuníquense conmigo por: *

- Teléfono
- Correo electrónico
- Teléfono o correo electrónico

Idioma preferido *

- Inglés
- Lengua de señas estadounidense (ASL)
- Árabe

- Birmano
- Dari
- Francés
- Maay Maay
- Nepalí
- Pashto
- Somalí
- Español
- Swahili
- Otro:

¿Cuáles son sus pronombres?

- Ella
- Él
- Él/Ella
- Prefiero no contestar
- Otro:

¿Qué días de la semana está disponible para una cita? *

(Marque todas las opciones correspondan)

- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes
- Cualquier día

¿Qué horario está disponible para una cita? *

(Marque todas las opciones correspondan)

- Mañana
- Tarde
- Cualquier horario

¿Cómo se enteró del programa WIC? *

(Marque todas las opciones correspondan)

- Familiar o amigo
- Proveedor de atención médica
- Búsqueda en Internet o Facebook
- Otra organización
- Anuncio publicitario
- Mensaje de texto sobre WIC
- Otro:

Envíe el formulario completo a: WIC@vermont.gov

Entiendo que el Departamento de Salud de Vermont compartirá esta información con una agencia local de WIC en mi área, que puede usarla para evaluar mi elegibilidad para el programa WIC. Consulte la [política de privacidad de Vermont](#) para obtener más información sobre la transmisión electrónica de información al programa WIC.

También entiendo que el envío de esta información no garantiza mi inscripción en el programa.

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.