

Nombre de la agencia local
Dirección
Número de teléfono

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTES DE WIC PARA RECIBIR CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJES DE TEXTO

(Nombre de la a agencia local) El personal de WIC ha solicitado mi permiso para ponerse en contacto conmigo por mensajería de texto, correo electrónico o ambos para enviarme recordatorios de citas WIC e información sobre los servicios y beneficios del Programa WIC.

Al aceptar y firmar este formulario, autorizo a (nombre de la agencia local) a enviar mensajes de texto, correos electrónicos o ambos, para proveer servicios y apoyar mejor a mi hijo, hija o hijos y a la familia. Estos mensajes de texto pueden contener información médica protegida o información confidencial de los participantes de WIC que puede ser vista por otros. Reconozco que he sido informado de los siguientes riesgos de enviar información confidencial a través de mensajes de texto o correos electrónicos:

1. Otra persona podría ver y leer el mensaje de texto o correo electrónico.
2. El mensaje de texto o correo electrónico podría enviarse sin querer a la persona o número de teléfono incorrecto.
3. Los mensajes de texto y correos electrónicos se pueden ver en varios dispositivos y se pueden guardar electrónicamente, imprimir o reproducir en altavoces.
4. Los mensajes de texto y los correos electrónicos se pueden reenviar a otras personas; y
5. Aunque el encriptado añade una capa adicional de protección de la privacidad, incluso los mensajes de texto o correos electrónicos encriptados podrían no ser completamente seguros.

Entiendo que mi elección de firmar o no este formulario NO afectará mi elegibilidad para o mi participación en el Programa WIC, o la elegibilidad para o la participación en el Programa WIC de cualquier niño de quien soy legalmente responsable.

Entiendo que, dependiendo de mi plan de teléfono celular, mi operador de teléfono celular puede cobrarme cargos por mensajes de texto u otras tarifas de datos.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Además, estoy de acuerdo en que, en el caso de que mi número de teléfono celular cambie o el número ya no esté en mi posesión, inmediatamente informaré a (nombre de la agencia local).

Si mi número de teléfono celular o dirección de correo electrónico cambia o ya no deseo recibir mensajes de texto o correos electrónicos, entiendo que es mi responsabilidad ponerme en contacto con (nombre de la agencia local).

Este consentimiento expirará en un (1) año a partir de la fecha en que se firme este consentimiento, a menos que retire mi consentimiento por escrito antes de esa fecha.

CONSENTIMIENTO: Doy mi permiso al personal de WIC para ponerse en contacto conmigo de las siguientes maneras:

- Mensaje de texto. En caso afirmativo, el número de teléfono celular es: _____
- Correo electrónico. En caso afirmativo, la dirección de correo electrónico es: _____

Firmar este formulario significa que entiendo y reconozco que:

1. Soy responsable de cualquier costo que mi compañía telefónica cobre por mensajes de texto u otras tarifas de datos.
2. El personal de WIC puede enviarme mensajes de texto, correos electrónicos o ambos sobre citas de WIC u otra información de WIC, incluso información médica protegida e información confidencial de WIC.
3. Puedo ponerme en contacto con WIC si quiero cambiar la forma en que el personal se comunica conmigo sobre las citas.
4. Acepto los riesgos de enviar información confidencial por mensaje de texto o correo electrónico, como se explicó anteriormente.
5. Puedo revocar por escrito y en cualquier momento mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos de (nombre de la agencia local).

Firma del participante de WIC

Fecha

De conformidad con 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, discapacidad, edad, 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 necesitan 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.