

# Formulario de derechos y responsabilidades para participantes del eFMNP



**Instrucciones:** Lea este formulario y fírmelo. Si no entiende alguna parte, pida ayuda al personal del programa WIC.

## Acepto:

- Proporcionar información precisa y correcta al WIC.
- Informar al personal del programa WIC si cambio mi dirección, número de teléfono o ingresos, si me voy a mudar o si ya no tengo la custodia de mi hijo.
- Tratar al personal del programa WIC y a los agricultores del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores (Farmers Market Nutrition Program, FMNP) con respeto y cortesía.
- Capacitar a mis representantes autorizados y apoderados sobre los procedimientos del eFMNP. Soy responsable de sus acciones.

## Entiendo que:

- El programa WIC me otorgará beneficios del eFMNP (FMNP en línea) para comprar ciertos alimentos a agricultores autorizados por WIC para la temporada del mercado.
- Los beneficios del eFMNP son adicionales a los beneficios del programa WIC.
- El financiamiento para el eFMNP es limitado, aceptar estos beneficios adicionales significa que planeo usar el beneficio.
- Se proporcionará información adicional cuando se emitan los beneficios.
- No se permite recibir beneficios de más de una agencia del eFMNP de WIC.
- Puedo perder mis beneficios del eFMNP si yo, o una persona autorizada, vendemos mi tarjeta del eFMNP; vendemos, comercializamos o regalamos alimentos del eFMNP del programa WIC; compramos alimentos que no sean del eFMNP; o abusamos verbalmente del personal del WIC o de los granjeros. También se me puede exigir que devuelva los beneficios.
- Las normas de elegibilidad y participación en el eFMNP del WIC son las mismas para todos, independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA).

He sido informado de mis derechos y responsabilidades en el marco del programa eFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa podrán verificar la información de este formulario. Entiendo que hacer intencionadamente una declaración falsa o engañosa, o tergiversar, ocultar o retener intencionadamente hechos puede dar lugar a pagar a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan otorgado indebidamente y podrá someterme a un proceso civil o penal conforme con la ley estatal y federal.

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades para participar en el Programa WIC de Montana:

---

Firma del participante/representante autorizado

---

Fecha

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**