



**State of Connecticut
Department of Public Health
WIC Program**

NOTICE OF PARTICIPANT ACTION

Date of Notice: _____

NAME	WIC ID or DOB
ADDRESS	
CITY/ZIP	PHONE # () -

INELIGIBILITY/TERMINATION SECTION

You or your infant/child are not eligible for the WIC Program for the following reasons:

You or your infant/child are no longer eligible (terminated) from the WIC Program for the following reasons:

- Income is too high for the WIC Program.
- Not in a WIC-eligible category (pregnant, postpartum, breastfeeding woman infant or child up to 5 years of age).
- Postpartum woman 6 months past your delivery date.
- Breastfeeding woman that discontinued breastfeeding before one year.
- Breastfeeding woman that reached WIC eligibility limit of 12 months.
- Child turning five (5) years old.
- Do not have a medical/nutritional health condition.
- Certification appointment for the Program was missed.
- Voluntary withdrawal from the Program.
- Other _____

DISQUALIFICATION SECTION

You are being suspended from the WIC Program for _____ because you broke the following WIC Program rule(s):
(amount of time)

FAIR HEARING SECTION

You have the right to a fair hearing if you do not agree with the reason for your ineligibility, termination or disqualification. A request for a fair hearing must be made within 60 days of the date of this notice. Fair hearing requests should be addressed to:

State of Connecticut - Department of Public Health-WIC Program
Attention: State WIC Director
410 Capitol Avenue MS # 11WIC
P.O. Box 340308
Hartford, CT 06134-0308

The local WIC Program staff will assist you in preparing the fair hearing request form if you ask for help. Written rules for fair hearings are included on the fair hearing request form.

PARTICIPANT/PAYEE SIGNATURE	WIC PROGRAM REPRESENTATIVE SIGNATURE/TITLE
------------------------------------	---

This institution is an equal opportunity provider. If you believe you have been discriminated based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov.



**Departamento de Salud Pública de Connecticut
Programa WIC**

NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN

Fecha de Notificación: _____

NOMBRE	Número de Identificación o Fecha de Nacimiento
---------------	---

DIRECCIÓN

CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
-----------------------------	------------------------

SECCIÓN PARA SOLICITANTES INELEGIBLES/TERMINACIÓN

Usted o su hijo(a) no son elegibles para el Programa WIC por las razones siguientes:

Usted o su hijo(a) han dejado de ser elegibles (dados de baja) para el Programa WIC por las razones siguientes:

- Ingresos demasiado altos para el Programa WIC.
- No pertenece a una categoría elegible de WIC (mujer embarazada, postparto, madre lactante, hijo(a) de hasta 5 años de edad).
- Mujer postparto después de 6 meses de la fecha del parto.
- Interrumpió la lactancia antes del primer año.
- Madre lactante que alcanzó el límite de 12 meses establecido bajo los requisitos del Programa WIC.
- Hijo(a) que va a cumplir cinco (5) años de edad.
- No presenta una condición clínica ni trastorno de salud nutricional.
- Faltó a la cita de certificación/re-certificación.
- Se retiró voluntariamente del programa.
- Otro: _____

SECCIÓN SOBRE DESCALIFICACIÓN

Se le descalifica del programa WIC durante _____ porque usted infringió la(s) siguiente(s) regla(s) del Programa WIC:
(periodo de tiempo)

SECCIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las razones que determinan su inelegibilidad, terminación or descalificación. Usted deberá presentar una petición de audiencia imparcial dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de notificación. Las peticiones se deben enviar a:

State of Connecticut – Department of Public Health – WIC Program
Attention: State WIC Director
410 Capitol Avenue MS #11 WIC
P.O. Box 340308
Hartford, CT 06134-0308

El personal del Programa de WIC local le ayudará a rellenar el formulario de petición de audiencia imparcial si usted lo solicita. El formulario incluye las normas para la petición de audiencias imparciales.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE	FIRMA/TÍTULO DEL REPRESENTANTE DE WIC
---------------------------------	--

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Si cree que se le ha discriminado sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (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: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; correo electrónico: program.intake@usda.gov.