INELIGIBILITY LETTER FOR NEBRASKA WIC

Thank you for applying and/or participating in our program. Those named below have been found to be ineligible for WIC for the reason(s) marked. Please reapply if any changes occur in your household that you feel may make you eligible for the program.

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

INELIGIBILITY REASONS
☐ You do not reside in Nebraska.
☐ No nutritional/medical risk.
☐ You have an income that is too high for the program.
☐ You do not meet category requirements for the program.
☐ You have asked to be taken off WIC.
☐ Other: _____

_____	_____
Staff Signature	Date of Notice

REQUESTING A FAIR HEARING

If I am dissatisfied with any decisions made regarding the eligibility or receipt of benefits for my child or myself, the following procedure may be followed:

1. I may request a fair hearing by mail, verbally, or by giving a written request to the local program director. My request should be made within 60 days from the date the local agency mailed or gave me the written notice of denial or termination of benefits.
2. Health and Human Services will notify me of the time, date and place of the hearing at least 10 days before the hearing.
3. If my representative or I cannot appear at the scheduled time and place, I may request the hearing officer to change it. I will be provided one opportunity to reschedule the hearing date upon written request submitted to Health and Human Services. If my representative or I do not appear for the hearing or if I request the hearing to be cancelled, it will be cancelled.
4. I may present my position personally or by a lawyer. A relative or friend may assist me. I may look at my WIC records before and during the hearing and bring witnesses to the hearing.
5. I will be sent a written decision concerning the hearing within 45 days after the hearing was requested.
6. If I do not agree with the decision at the hearing, I may appeal to the district court within 30 days from the date on the written hearing decision.
7. The detailed Fair Hearing Procedures may be requested from your Local Program Director.

The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicant for employment on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all protected bases will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202)690-7442 or email at program.intake@usda.gov.

Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish).

USDA is an equal opportunity provider and employer.

AVISO DE INEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS DEL PROGRAMA WIC DE NEBRASKA

Gracias por solicitar y/o participar en nuestro programa. Aquellas personas mencionadas abajo no califican para recibir los servicios ofrecidos por WIC según la(s) razón(es) marcada(s). Por favor vuelva a solicitar si ocurre algún cambio que usted crea le haga calificar o ser elegible para recibir estos servicios.

1) _____ **3)** _____

2) _____ **4)** _____

RAZONES POR LAS CUALES SE HA CONCLUIDO INEGIBILIDAD
☐ Como cliente de WIC usted no vive en Nebraska.
☐ No existen riesgos nutricionales/médicos.
☐ Sus ingresos sobrepasan los límites del programa (usted gana más de lo permitido para recibir servicios).
☐ Usted no cumple con los requisites esenciales del programa.
☐ Usted mismo ha solicitado no seguir recibiendo alimentos de parte e WIC.
☐ Otro _____

_____	_____
Staff Signature	Date of Notice

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no estoy satisfecho(a) con alguna de las decisiones tomadas en cuanto a mi elegibilidad o capacidad de recibir beneficios para mi niño(a) o para mí mismo(a), puede seguirse el siguiente procedimiento:

1. Puedo pedir una audiencia imparcial por correo, verbalmente o al enviarle una petición escrita al director del programa local. Mi petición debe ser hecha dentro de los primeros 60 días después de que la agencia haya enviado por correo el aviso escrito el cual me informa del hecho que mis beneficios han terminado o han sido negados.
2. El Dpto. de Salud y Servicios Humanos me notificará de la hora, fecha y lugar en la que se llevará a cabo la audiencia al menos 10 días antes de la audiencia.
3. Si ni mi representante ni yo no podemos asistir a la audiencia en la fecha programada, puedo pedirle al oficial de audiencias que cambia la fecha. Se me dará una oportunidad de reprogramar la fecha de la audiencia después de haberle enviado una petición por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si ni mi representante ni yo asistimos a la audiencia o si yo pido que sea cancelada, se cancelará la audiencia.
4. Puedo presentar mi posición personalmente o a través de un abogado. Algún familiar o amigo puede ayudarme. Puedo consultar documentos de WIC que me pertenezcan antes y durante la audiencia y traer testigos.
5. Se me enviará una decisión en cuanto a la audiencia por escrito y después de 45 días calendario desde la fecha en que se solicitó la audiencia.
6. Si no estoy de acuerdo con la decisión concluida por la audiencia, puedo apelar en ante la corte distrital dentro de los primeros 30 días después de la fecha que aparece en el aviso de decisión de la audiencia.
7. Si quiere conocer más detalles sobre el procedimiento para pedir audiencias imparciales, contacte al Director del programa local.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés “USDA”) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.