



Delayed Benefits Signature Authorization



Purpose: This form authorizes staff of the Rhode Island WIC Program to sign for uploading food benefits on behalf of the family identified below. This form is completed by the participant, parent, guardian, or caretaker of the infant(s)/child(ren) enrolled in the Rhode Island WIC program.

This form will only be used when necessary in situations that affect the issuing or the modification of benefits. These situations include a declared State of Emergency related to a disease outbreak, a declared State of Emergency related to severe weather, a computer system failure, or clinical changes, including, but not limited to, food prescription changes. This form is valid for one year from the date of signature.

Procedure: Complete the form as follows:

1. **Authorization for Signature-** The participant/parent/guardian/caretaker shall check the box below, indicating whether or not they grant staff of the Rhode Island WIC Program permission to sign for benefits in designated situations.
2. **Family ID Number-** Enter the family ID number from Crossroads (this could be either a RIWEBS Family ID # or Crossroads assigned ID #).
3. **Participant/Parent/Guardian/Caretaker Name-** Enter the name of the person completing the form.
4. **Participant/Parent/Guardian/Caretaker Signature-** Enter the signature of the person completing the form.
5. **Date-** Enter the date that the form was completed and signed.

Authorization:

- I do authorize the staff of the Rhode Island WIC Program to sign for my/my family's benefits in the above situations.
- I do NOT authorize the staff of the Rhode Island WIC Program to sign for my/my family's benefits in any situation.

Family ID Number: _____ **Date:** _____

Participant/Parent/Guardian/Caretaker Name: _____

Participant/Parent/Guardian/Caretaker Signature: _____

*The signed form is to be scanned into Crossroads and the original copy given to the family designee. Enter a Family Alert in Crossroads that includes the dates for which the form is valid **and** whether or not permission was granted. Any old alerts shall be deactivated when a new form is entered.*

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (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.



Firma de autorización por beneficios atrasados



Propósito: este formulario autoriza al personal del Programa WIC en Rhode Island a firmar en su nombre para que la familia identificada más adelante pueda recibir beneficios. Este formulario será llenado por el participante, padre-madre, tutor(a) o encargado(a) de el(los) bebé(s)/niño(s) inscritos en el programa WIC en Rhode Island.

Este formulario será usado solamente cuando sea necesario en situaciones en las que dar o modificar los beneficios sean afectadas. Una de estas situaciones incluye el ya declarado Estado de Emergencia relacionado a un brote de enfermedad, un Estado de Emergencia relacionado con el clima, una falla en el sistema computarizado o por cualquier otra situación que este ocurriendo en la agencia, incluyendo, pero no limitando a los cambios en la receta de alimentos. Este formulario es válido por un (1) año a partir de la fecha en que se firmó.

Proceso: llene el formulario como se indica a continuación:

1. **Autorización para la firma:** el participante/padre-madre/tutor(a)/encargado(a) debe de marcar si autoriza o no al personal del programa WIC en Rhode Island, a que firme aceptando los beneficios durante esta situación.
2. **Número de identificación de la familia:** Escriba el número de identificación de la familia especificado en Crossroads (puede ser que este número sea un número de identificación de familia transferido de RIWEBS o Crossroads le asignó un número de identificación).
3. **Nombre del participante/padre-madre/tutor(a)/encargado(a):** escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que está llenando este formulario.
4. **Firma del participante/padre-madre/tutor(a)/encargado(a):** la persona llenando este formulario debe de firmar.
5. **Fecha:** escriba la fecha del día en que este formulario se llenó y se firmó.

Autorización:

- Autorizo al personal del Programa WIC en Rhode Island a que firme los beneficios para mi/mi familia bajo una de las situaciones anteriormente mencionada.
- NO autorizo al personal del Programa WIC en Rhode Island a que firme los beneficios para mi/mi familia bajo ninguna situación.

Número de identificación de la familia: _____

Fecha: _____

Nombre del participante/padre-madre/tutor(a)/encargado(a): _____

Firma del participante/padre-madre/tutor(a)/encargado(a): _____

El formulario ya firmado será escaneado en Crossroads y el original se le entregará a la familia designada. Escriba una notificación en Crossroads que incluya las fechas en las que el formulario es válido y si se le otorgó permiso o no. Cualquier otra notificación deben ser desactivada cuando escanee este nuevo formulario.

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 necesiten 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión [Federal Relay Service] llamando 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 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; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.