



Letter of Ineligibility for WIC Participation in Idaho

Date: _____

Thank you for applying for or participating in the Idaho WIC Program. If you have participated in the Idaho WIC Program, we hope that WIC helped you and/or your family. If this is your first visit to WIC and you do not qualify, please check back with us should your situation change related to reason(s) listed below.

_____ does not qualify or will no longer receive WIC food benefits from this clinic for the following reason(s) marked below:

- ☐ You/your child is categorically ineligible for WIC.
- ☐ Your family income is over the income guidelines.
Reported household size: _____ Reported income/frequency: _____
- ☐ You are six (6) months past delivery and are not breastfeeding.
- ☐ You are six (6) months past delivery and are receiving more than 50% of the maximum allowable formula from WIC. You are no longer eligible to receive a food package, **but you are still eligible for nutrition and breastfeeding education, support, and equipment as needed through WIC until you are no longer breastfeeding or 12 months postpartum, whichever is sooner.**
- ☐ You have been/are breastfeeding an infant who is now 12 months old.
- ☐ Your child is now five (5) years old.
- ☐ You do not live within the service area served by this agency.
- ☐ You have asked to discontinue your participation in WIC.
- ☐ You/your child does not have an identified nutritional need.
- ☐ Other: _____

If you feel that this decision is not fair, you may request a Fair Hearing by contacting the **State of Idaho WIC Program** at 450 West State St., 1st Fl., Boise, Idaho 83720 WICNutrition@dhw.idaho.gov or the **Office Of Administrative Hearings** at 350 N 9th St. Suite 300, Boise, Idaho 83702 health.filings@oah.idaho.gov. You must request a Fair Hearing in writing within sixty (60) days from the date on this letter. If you wish to request a Fair Hearing, we will provide you with additional details.

Local WIC Agency Name: _____

WIC Staff Name: _____

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:** Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

4/2025



Carta de inelegibilidad para participar en el programa WIC en Idaho

Fecha: _____

Gracias por presentar una solicitud o por participar en el Programa WIC de Idaho. Si ha participado en el Programa WIC de Idaho, esperamos que WIC le haya ayudado a usted y/o a su familia. Si esta es su primera visita a WIC y no califica, por favor vuelva a comunicarse con nosotros si su situación cambia en relación con las razones que se enumeran a continuación.

_____ no califica o dejará de recibir los beneficios alimenticios de WIC de esta clínica por la(s) siguientes razones marcadas a continuación:

- ☐ Usted o su hijo no son elegibles para el programa WIC.
- ☐ Sus ingresos familiares superan los límites establecidos.
Número declarado de personas en el hogar: _____ Ingresos declarados/frecuencia: _____
- ☐ Han pasado seis (6) meses desde el parto y no está en periodo de lactancia.
- ☐ Han pasado seis (6) meses desde el parto y está recibiendo más del 50% de la fórmula máxima permitida de WIC. Ya no es elegible para recibir un paquete de alimentos, **pero sigue siendo elegible para la educación, el apoyo y el equipo de nutrición y lactancia materna, según sea necesario a través de WIC hasta que ya no esté amamantando o 12 meses después del parto, lo que ocurra primero.**
- ☐ Ha amamantado o amamanta a un bebé que ahora tiene 12 meses.
- ☐ Su hijo/a ahora tiene cinco (5) años.
- ☐ No vive en el área de servicio de esta agencia.
- ☐ Ha solicitado interrumpir su participación en el programa WIC.
- ☐ Usted/su hijo/a no tiene una necesidad nutricional identificada.
- ☐ Otros: _____

Si considera que esta decisión no es justa, puede solicitar una audiencia imparcial poniéndose en contacto con el **Programa WIC del Estado de Idaho** al 450 W. State St., 1st Fl., Boise, Idaho 83720 WICNutrition@dhw.idaho.gov o con la **Oficina de Audiencias Administrativas** al 350 N. 9th St. Suite 300, Boise, Idaho, 83702 health.filings@oah.idaho.gov. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de esta carta. Si desea solicitar una audiencia imparcial, le proporcionaremos información adicional.

Nombre de la agencia local de WIC: _____

Nombre del personal de WIC: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
- (2) **fax:**
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.