**Department of Health Services State of Wisconsin**

Division of Public Health

F-03364S (02/2025)

# Exención de intérprete de WIC

# WIC Interpreter Waiver

|  |  |
| --- | --- |
| Número de identificación de familia WIC | Nombre(s) del (de los) solicitante(s)/participante(s) de WIC |

Es su elección completar este formulario o no. Si no firma este formulario, el programa WIC le proporcionará un intérprete durante la cita con WIC.

Entiendo que el programa WIC puede proporcionar un intérprete profesional (de idiomas o lengua de señas) para mi cita con WIC sin costo alguno. Esa persona es un intérprete experimentado y capacitado para proteger mi privacidad. Esa persona entiende mi idioma y las palabras relacionadas con el programa WIC.

Entiendo que hay riesgos si elijo no usar un intérprete profesional. Si elijo a un amigo o familiar como mi intérprete, es posible que:

* No conozcan las palabras correctas y transmitan mal la información
* Añadan u omitan información
* Sepan cosas sobre mí o mi hijo que no quiero compartir
* Compartan con otras personas mi estado de salud o el de mi hijo o situación de vida
* Malinterpreten lo que el personal de WIC dice

Elijo no usar los servicios gratuitos de intérprete proporcionados por el programa WIC y usaré mi propio intérprete. Mi intérprete tiene al menos 18 años.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del intérprete | Relación |

No responsabilizaré al personal de WIC ni a ningún otro personal de la agencia de WIC por cualquier resultado adverso que pueda surgir como consecuencia de mi negativa a usar un intérprete profesional. Este formulario será válido durante un (1) año a partir de la fecha de la firma.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma -** Participante/Padre/Madre/Tutor | Fecha de la firma |
| **Nombre en letra de imprenta -** Participante/Padre/Madre/Tutor | |

|  |
| --- |
| **Información de la agencia de WIC** |
| Nombre |
| Dirección |
| Ciudad, estado, código postal |

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.