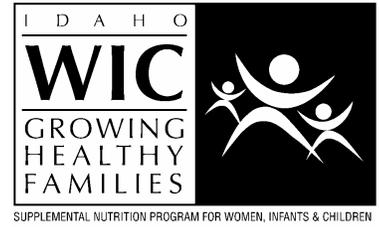


Solicitud para WIC

FORMA NO: 101S (10/08)



FECHA DE SOLICITUD: _____
FECHA DE CITA: _____

Por favor complete ambos lados de esta solicitud.

Adulto Responsable	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA (si lo tiene)		
Dirección Física	CALLE		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Dirección de Correo (si es diferente)	CALLE		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono	DE LA CASA		DEL TRABAJO O PARA DEJAR MENSAJES			

Anote a todas las personas que están solicitando los servicios de WIC. En el espacio para el nombre incluya las fechas de parto de niños por nacer.

(La información sobre la etnicidad, el sexo y la raza se usan sólo para estadísticas. No se usan para determinar elegibilidad.)

PARA EL USO DE WIC

NOMBRE LEGAL			SEXO/ETNICIDAD	RAZA	NÚM. DE IDENT.
PRIMER NOMBRE	2º. NOMBRE	APELLIDO		(marque todas las que aplican)	F _____
_____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	

Más al reverso

¿Cuántas personas viven en su casa (incluya niños que están por nacer)? _____

¿Hay alguien en su casa que está recibiendo Cupones de Alimentos, TAFI, Medicaid o CHIP? no sí

¿Hay alguien en su casa que es un trabajador campesino migrante? no sí

¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? _____

Por favor lea las declaraciones siguientes y firme para indicar que entiende y que está de acuerdo en seguir estas condiciones si se determina que usted y sus hijos son elegibles para participar en el Programa WIC de Idaho.

- **Toda la información que he provisto es correcta** y el personal de WIC puede verificar la información. Puedo ser enjuiciado bajo la ley y puedo tener que pagar lo que he recibido si intencionalmente miento o retengo la verdad.
- **Yo puedo recibir beneficios de WIC de una sola oficina a la vez.**
- **Tengo el derecho de apelar las decisiones de elegibilidad** solicitando una audiencia justa dentro de 60 días.
- **Autorizo que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre** para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- **Autorizo al programa WIC de compartir** la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados en este formulario con los patrocinadores de WIC locales, estatales y federales.
 - Esta información también está disponible a las Divisiones de Servicios para la Familia y los Niños, de Salud Conductual y de Bienestar del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que comparten un directorio de clientes común con WIC. La información solamente se usa para crear números de identificación únicos para clientes para evitar duplicarlos.
 - Esta información también puede que sea compartida con los Programas de Medicaid y de los Cupones de Alimentos del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para usarlos en referencias.
- **Autorizo al programa WIC de usar** información sobre la salud y de elegibilidad para recibir servicios de WIC y para evaluar la efectividad del programa, y supervisar y examinar el programa. Yo libero a estas agencias de cualquier responsabilidad relacionada a la liberación de información que he autorizado que sea liberada.
- **Yo puedo revisar mi expediente** y tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a cualquier hora.

×

Firma del Adulto Responsable

Fecha

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, siglas en inglés), se prohíbe a este organismo la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 ó llame al (800)795-3272 (voz) o (202)720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

ESTA SECCIÓN ES PARA EL USO DEL PERSONAL DE WIC SOLAMENTE

IDENTIFICACIÓN

visual
 otro _____

ELEGIBLE POR INGRESOS

TANF-MA-FS-CHIP
 talón de cheques W-2
 desempleo
 otro _____

FUENTE DE INGRESO (empleador) Cantidad ** Subtotal

1. _____ \$ _____ \$ _____
 2. _____ \$ _____ \$ _____
 3. _____ \$ _____ \$ _____

ELEGIBILIDAD DE RESIDENCIA

licencia de manejar
 empresa pública
 carta
 otro _____

****CONVERSIÓN DE INGRESOS MENSUAL**

Semanal x 4.3
 Quincena (cada 2 semanas) x 2.15
 Dos veces por mes x 2
 Cada trimestre ÷ 3
 Por hora (pago x hrs/sem) x 4.3

Tamaño del hogar: _____ Ingreso mensual bruto \$ _____

¿Existe otro ingreso (horas extra, propinas, bonos, sostenimiento para los niños, SSI)?

COMPROBANTE DE EMBARAZO

por escrito

Firma del Personal y Fecha