FORMA NO: 101S (12/12)

Solicitud para WIC

FECHA DE SOLICITUD: _____	FECHA DE CITA: _____

Si esta es su **primera vez** en Idaho WIC, llene ambos lados de la solicitud.

So está de regreso, un empleado de WIC revisará con usted la información de contacto. Llene la sección B para los familiares nuevos que soliciten los servicios de WIC. Lea y firme el reverso de esta solicitud.

SECTION A – Contact Information

Adulto Responsable	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA (si lo tiene)	FECHA DE NACIMIENTO (opc.)
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. Si prefiere no contestar, el personal de WIC lo elegirá por usted.)

SECTION B – Información de la solicitud **PARA EL USO DE WIC**

NOMBRE LEGAL PRIMER NOMBRE 2º. NOMBRE APELLIDO	SEXO	ETNICIDAD	RAZA (marque todas las que aplican)	NÚM. DE IDENT. F _____
_____ Fecha de Nacimiento _____	❒ Masculino ❒ Femenino	❒ Hispano/Latino ❒ No Hispano/No Latino	❒ Indio americano /Nativo de Alaska ❒ Asiático ❒ Negro o afro-americano ❒ Isleño del Pacífico/nativo de Hawai ❒ Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	❒ Masculino ❒ Femenino	❒ Hispano/Latino ❒ No Hispano/No Latino	❒ Indio americano /Nativo de Alaska ❒ Asiático ❒ Negro o afro-americano ❒ Isleño del Pacífico/nativo de Hawai ❒ Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	❒ Masculino ❒ Femenino	❒ Hispano/Latino ❒ No Hispano/No Latino	❒ Indio americano /Nativo de Alaska ❒ Asiático ❒ Negro o afro-americano ❒ Isleño del Pacífico/nativo de Hawai ❒ Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	❒ Masculino ❒ Femenino	❒ Hispano/Latino ❒ No Hispano/No Latino	❒ Indio americano /Nativo de Alaska ❒ Asiático ❒ Negro o afro-americano ❒ Isleño del Pacífico/nativo de Hawai ❒ Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	❒ Masculino ❒ Femenino	❒ Hispano/Latino ❒ No Hispano/No Latino	❒ Indio americano /Nativo de Alaska ❒ Asiático ❒ Negro o afro-americano ❒ Isleño del Pacífico/nativo de Hawai ❒ 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, TANF, 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 Servios 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 SNAP del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para usarlos en referencias.
- Autorizo al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.
- 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 con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevo (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

ESTA SECCIÓN ES PARA EL USO DEL PERSONAL DE WIC SOLAMENTE (utilice este cuadro solamente cuando el sistema informático no está disponible)

IDENTIFICACIÓN
❒ visual
❒ otro _____
_____
_____

ELEGIBILIDAD DE RESIDENCIA
❒ licencia de manejar
❒ empresa pública
❒ carta
❒ otro _____

ELEGIBLE POR INGRESOS
❒ TANF-MA-SNAP-CHIP
❒ talón de cheques ❒ W-2
❒ desempleo
❒ otro _____

****CONVERSIÓN DE INGRESOS MENSUAL**
(cuando más de una frecuencia)

Semanal	x 52
Quincena (cada 2 semanas)	x 26
Dos veces por mes	x 24
Mensualmente	x 12

FUENTE DE INGRESO (empleador)	Cantidad	**	Subtotal
1. _____	$_____	____	$_____
2. _____	$_____	____	$_____
3. _____	$_____	____	$_____

Tamaño del hogar: _____ **Ingreso mensual bruto** $_____

Frecuencia _____

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

COMPROBANTE DE EMBARAZO
❒ por escrito

Firma del Personal y Fecha