

# 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

<b>Adulto Responsable</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA (si lo tiene)	FECHA DE NACIMIENTO (opc.)
<b>Dirección Física</b>	CALLE	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Dirección de Correo (si es diferente)</b>	CALLE	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Teléfono</b>	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 _____	<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	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<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	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<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	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<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	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<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	

¿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 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 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

*El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar or paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).*

*Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).*

*Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).*

*El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.*