

# Application for the Idaho WIC Program



DATE OF INITIAL CONTACT \_\_\_\_\_ APPLICATION DATE \_\_\_\_\_ APPT DATE: \_\_\_\_\_

**SECTION A – Contact Information. Please complete all sections of the application.**

<b>Responsible Adult</b>	FIRST	MI	LAST	MAIDEN NAME (if any)	DATE OF BIRTH (opt)	
<b>Physical Address</b>	STREET		CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE
<b>Mailing Address (if different)</b>	STREET		CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE
<b>Telephone</b>	HOME		WORK OR MESSAGE			

**SECTION B – Applicant Information. Please answer the following questions.**

- How many people are living in your household (include unborn child/ren)? \_\_\_\_\_
- Is anyone in your household receiving SNAP, TANF, Medicaid or CHIP?  no  yes
- Is anyone in your household a migrant worker?  no  yes
- What is the highest grade you have completed in school? \_\_\_\_\_

List all the individuals who are applying for WIC services. Include due date of unborn children in the space for name. (Ethnicity, sex and race data are for statistical purposes only. They are not used to determine eligibility. If you choose not to answer, WIC staff will select for you.)

**FOR WIC USE**

LEGAL NAME			SEX	ETHNICITY	RACE (check all that apply)	ID NUMBERS F _____
FIRST NAME	MI	LAST NAME				
_____		_____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White	
_____		_____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White	
_____		_____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White	
_____		_____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White	

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter 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; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

# Solicitud de Idaho Programa WIC



FECHA DE CONTACTO INICIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A – Información de contacto. Por favor complete todas las secciones de la aplicación.

<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			

## SECTION B – Información de la solicitud. Por favor, responda a las siguientes preguntas.

- 1) ¿Cuántas personas viven en su casa (incluya niños que están por nacer)? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Hay alguien en su casa que está recibiendo Cupones de Alimentos, TANF, Medicaid o CHIP?  no  sí
- 3) ¿Hay alguien en su casa que es un trabajador campesino migrante?  no  sí
- 4) ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? \_\_\_\_\_

**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.)

### 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	

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.