Signature for eWIC Card / Firma para tarjeta eWIC

Clinic Number: _____

By signing below, I acknowledge that I have received the card listed.
Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la tarjeta enumerada.

FIRST CARDHOLDER / PRIMERO TARJETAHABIENTE

Card Number / Número de tarjeta: _____

Cardholder's Name / Nombre del tarjetahabiente: _____
(please print / por favor imprimir)

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Mailing Address / Dirección de envio:

_____
Address / Dirección

_____ _____ _____
City / Ciudad State / Estado Zip Code / Código postal

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

SECOND CARDHOLDER / SEGUNDO TARJETAHABIENTE

Card Number / Número de tarjeta: _____

Cardholder's Name / Nombre del tarjetahabiente: _____
(please print / por favor imprimir)

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Mailing Address / Dirección de envio:

_____
Address / Dirección

_____ _____ _____
City / Ciudad State / Estado Zip Code / Código postal

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

Issued /Emitido: _____ _____ _____
Date Time Staff Name

WIC is an equal opportunity provider.
WIC es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE
DIVISION OF PUBLIC HEALTH