بيان إعلان برنامج WIC الذاتي

إثبات دخل الأسرة الاجمالي (اختر من الحالات التالية)

☐ **لم أقم بإحضار إثبات دخلي اليوم.** هذه المعلومات التي أعلن عنها اليوم المتعلقة بدخلي صحيحة. يتعين عليّ إحضار إثبات دخلي في بخلال 30 يومًا ابتداء من اليوم أو ستنتهي شهادتي، ولن أحصل على أي مزايا من برنامج WIC.

☐ **لا يمكنني تقديم إثبات دخلي لأنني:**

☐ ضحية كارثة
☐ مراهقة حامل مطرودة من المنزل
☐ عامل زراعي مهاجر
☐ يتم الدفع لي نقدًا
☐ مشرد (بلا مأوى)

أعلن أن دخل أسرتي الاجمالي بالكامل هو $ _____ للـ _____

إثبات العنوان (اختر من الحالات التالية)

☐ **لم أقم بإحضار إثبات عنواني اليوم.** هذه المعلومات التي أعلن عنها اليوم والمتعلقة بعنواني صحيحة. يتعين عليّ إحضار إثبات العنوان بخلال 30 يومًا ابتداء من اليوم أو ستنتهي شهادتي، ولن أحصل على أي خدمات من برنامج WIC.

☐ **لا يمكنني تقديم إثبات عنواني لأنني:**

☐ ضحية كارثة
☐ مراهقة حامل مطرودة من المنزل
☐ عامل زراعي مهاجر
☐ أحد سكان قرية هندية معزولة أو محلية
☐ مشرد (بلا مأوى)
☐ أحد سكان مركز ريفي حيث لا يوجد تسليم للبريد

أعلن أن عنواني الحالي هو: _____

_____

إثبات الهوية (اختر من الحالات التالية)

لا يمكنني تقديم إثبات الهوية لأنني: ☐ ضحية كارثة ☐ عامل زراعي مهاجر ☐ مشرد (بلا مأوى)

أقر بأن جميع المعلومات المذكوره أعلاه حقيقة وصحيحة. أدرك أن هذه المعلومات تُستخدم لتحديد الأهلية لبرنامج التغذية للنساء والرضع والأطفال (WIC). كما أنني أدرك أنه إذا قدمت معلومات زائفة أو قمت بإخفائها أو حجبها عمدًا، فقد أتعرض لمساءلة بموجب قانون الولاية وأقوم برد ما قد تم دفعه مقابل المزايا التي حصلت عليها.

إن المعلومات المطلوبة في هذا النموذج مطلوبة من قبل وزارة الصحة العامة بكاليفورنيا وبرنامج التغذية للنساء والرضع والأطفال (WIC)، وهي معلومات إلزامية لتحديد الأهلية لبرنامج WIC. يحظر إجراء أي مراجعة غير مصرح بها لهذه المعلومات أو استخدامها أو الكشف عنها أو توزيعها. سوف يتم الاحتفاظ بالمعلومات المستخدمة لتحديد الأهلية لبرنامج WIC بشكل سري وفي ملف بمكتب برنامج WIC. يحق لك مراجعة المعلومات خلال ساعات العمل العادية من خلال الاتصال بوكالة WIC المحلية.

رقم ملف هوية العائلة ببرنامج WIC: _____

اسم مقدم الطلب/المشارك: _____
Print

توقيع مقدم الطلب/المشارك: _____ التاريخ: _____

STAFF USE ONLY
Staff Signature: _____ Date: _____

CDPH

إن هذه المؤسسة مقدم خدمة ملتزم بتكفو' الفرص.

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN