

Заявление о самодекларации для программы WIC штата Калифорния

Справка о доходах (Отметьте подходящий ответ)

Я не принес (-ла) сегодня справку о доходах. Предоставляемая мной на сегодняшний день информация о доходах является верной. Я должен (-на) принести справку о доходах в течение 30 дней, начиная с сегодняшнего, иначе моя регистрация закончится, и я перестану получать льготы по программе WIC.

Я не могу предоставить справку о доходах, потому что я:

<input type="checkbox"/> жертва катастрофы;	<input type="checkbox"/> сезонный рабочий на ферме;	<input type="checkbox"/> Бездомный (-ая).
<input type="checkbox"/> беременная девушка-подросток, которую выгнали из дома;	<input type="checkbox"/> получаю оплату наличными;	

Я заявляю, что общий чистый доход моей семьи составляет \$ _____ в _____

Справка о подтверждении места проживания (Отметьте подходящий ответ)

Я не принес (-ла) сегодня справку о подтверждении места проживания. Предоставляемая мной на сегодняшний день информация о месте проживания является верной. Я должен (-на) принести справку о подтверждении места проживания в течение 30 дней, начиная с сегодняшнего, иначе моя регистрация закончится, и я перестану получать льготы по программе WIC.

Я не могу предоставить справку о подтверждении места проживания, потому что я:

<input type="checkbox"/> жертва катастрофы;	<input type="checkbox"/> сезонный рабочий на ферме;	<input type="checkbox"/> Бездомный (-ая).
<input type="checkbox"/> беременная девушка-подросток, которую выгнали из дома;	<input type="checkbox"/> житель отдаленного индейского поселения или поселения коренных народов;	<input type="checkbox"/> житель сельской местности, в которой отсутствует служба почтовой доставки.

Я заявляю, что адрес моего настоящего места проживания: _____

Удостоверение личности (Отметьте подходящий ответ)

Я не могу предоставить удостоверение личности, потому что я: жертва катастрофы; сезонный рабочий на ферме; Бездомный (-ая).

Я подтверждаю, что вся предоставленная выше информация является точной и достоверной. Я понимаю, что данная информация должна быть использована для установления права на участие в программе WIC Program. Я также понимаю, что в случае намеренного искажения, сокрытия или умалчивания мной фактов, согласно законам штата, я могу быть привлечен к ответственности и буду обязан возместить выплаченные мне льготы.

Информация, запрашиваемая в данной форме, необходима для Департамента здравоохранения штата Калифорния и Программы помощи женщинам, новорожденным и детям (WIC) и является обязательной для определения прав на участие в программе WIC. Любое несанкционированное рассмотрение, использование, разглашение или распространение данной информации запрещено. Информация, используемая для определения прав на участие в программе WIC, будет храниться в офисе программы WIC в условиях конфиденциальности. Вы имеете право ознакомиться с этой информацией в обычные рабочие часы, позвонив в Ваше местное отделение WIC.

Идентификационный номер семьи в программе WIC: _____

Имя заявителя/участника: _____ печатными буквами

Подпись заявителя/участника: _____ Дата: _____

STAFF USE ONLY

Staff Signature: _____ Date: _____