Կալիֆորնիայի WIC ծրագրի ինքնահռչակման հայտարարագիր

Եկամտի ապացույց (Նշել կիրառելի իրավիճակը)

☐ **Ես այսօր չեմ բերել իմ եկամտի ապացույցը:** Եկամտի մասին տվյալները, որոնք այսօր հայտարարում եմ, ճիշտ են: Ես պետք է բերեմ իմ եկամտի ապացույցն այսօրվանից սկսած 30 օրվա ընթացքում, կամ իմ վավերացումը կավարտվի, և ես այլևս WIC նպաստներ չեմ ստանա:

☐ **Ես չեմ կարող եկամտի ապացույց ներկայացնել, քանի որ ես՝**

☐ աղետի զոհ եմ
☐ տնից դուրս հանված հղի դեռահաս եմ
☐ գաղթական ագարակային աշխատող եմ
☐ կանխիկ եմ վճարվում
☐ անտուն եմ

Ես հայտարարում եմ, որ իմ կենցաղի ընդհանուր համախառն եկամուտը կազմում է $ _____ ամեն _____

Հասցեի ապացույց (Նշել կիրառելի իրավիճակը)

☐ **Ես այսօր չեմ բերել իմ հասցեի ապացույցը:** Հասցեի մասին տվյալները, որոնք այսօր հայտարարում եմ, ճիշտ են: Ես պետք է բերեմ իմ հասցեի ապացույցն այսօրվանից սկսած 30 օրվա ընթացքում, կամ իմ վավերացումը կավարտվի, և ես այլևս WIC նպաստներ չեմ ստանա:

☐ **Ես չեմ կարող հասցեի ապացույց ներկայացնել, քանի որ ես՝**

☐ աղետի զոհ եմ
☐ տնից դուրս հանված հղի դեռահաս եմ
☐ գաղթական ագարակային աշխատող եմ
☐ հեռավոր Հնդկացիների կամ Բնիկ գյուղի բնակիչ եմ
☐ անտուն եմ
☐ գյուղական բնակավայրի բնակիչ եմ, որտեղ չկա փոստային առաքում

Ես հայտարարում եմ, որ իմ ներկայիս հասցեն է՝ _____

_____

Ինքնության ապացույց (Նշել կիրառելի իրավիճակը)

Ես չեմ կարող իմ ինքնության ապացույց ներկայացնել, քանի որ ես՝

☐ աղետի զոհ եմ
☐ գաղթական ագարակային աշխատող եմ
☐ անտուն եմ

Ես հաստատում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկությունները ճշմարիտ են և ստույգ: Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկությունն օգտագործվելու էWIC ծրագրին մասնակցելու իմ իրավունակությունը որոշելու համար: Ես նաև հասկանում եմ, որ, եթեես միտումնավոր սխալ ներկայացնեմ, թաքցնեմ կամ չհայտնեմ բոլոր փաստերը, ես կարող եմ դատական կարգով հետապնվել՝ համաձայն նահանգային օրենքի, և պետք էհետ վճարեմ ստացված նպաստները:

WIC ընտանիքի ID՝ _____

Դիմորդի/Մասնակցի անուն՝ _____
Տպատառ

Դիմորդի/Մասնակցի ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Այն տվյալները, որոնք պահանջվում են այս ձևաթղթում, պահանջվում են Կալիֆորնիայի Հասարակական առողջության բաժանմունքի, Կանանց, Նորածինների և Երեխաների (WIC) ծրագրի կողմից և պարտադիր են՝ որոշելու համար WIC ծրագրի իրավասությունը: Այս տեղեկատվության ցանկացած չթույլատրված վերանայում, օգտագործում, բացահայտում կամ բաշխում արգելվում է: Տվյալները, որոնք օգտագործվում են որոշելու համար WIC ծրագրի իրավասությունը, գաղտնի կպահվեն WIC գրասենյակի քարտարանում: Դուք տվյալները վերանայելու իրավունք ունեք՝ աշխատանքային ժամերին ձեր տեղական WIC գործակալություն զանգահարելու միջոցով:

STAFF USE ONLY

Staff Signature: _____ Date: _____

CDPH

Այս հաստատությունը տրամադրում է հավասար հնարավորություններ:

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN

#930075