加州WIC計劃自我聲明書

收入證明（勾選描述您情況的句子）

☐ **我今日沒有攜帶收入證明。**我今日所聲明的收入相關資訊屬實。我須在今日起30天內提交收入證明，否則我的登記會終止，屆時我將不再取得任何WIC福利。

☐ **我無法提供收入證明，因為我是：**

☐ 災害受難者 ☐ 現金收入
☐ 被逐離家的懷孕少年 ☐ 無家可歸
☐ 外來農工

我聲明我的家庭總收入爲每 _____ $ _____

住址證明（勾選描述您情況的句子）

☐ **我今日沒有攜帶住址證明。**我今日所聲明的地址相關資料屬實。我須在今日起30天內提交住址證明，否則我的登記會終止，屆時我將不再取得任何WIC福利。

☐ **我無法提供住址證明的原因，因為我是：**

☐ 災害受難者 ☐ 外來農工 ☐ 無家可歸
☐ 被逐離家的懷孕少年 ☐ 偏遠印地安或原住村落的居民 ☐ 無郵遞服務的鄉村居民

我聲明我的住址是： _____

_____

身份證明（勾選描述您情況的句子）

我無法提供身份證明的原因是： ☐ 災害受難者 ☐ 外來農工 ☐ 無家可歸

本人特此證明，以上資訊真實準確。本人理解，該等資訊將用於確定WIC計劃的資格。本人同時理解，如果本人故意曲解、隱瞞或者保留事實，本人將根據州法律面臨起訴，並且退還獲得的利益。

表格中所要求的資訊是按照加州公共衛生部婦孺營養補助(WIC)計劃的要求填寫，且是WIC計劃資格審覈的指定資料。嚴禁未經准許的查看、使用、透露或分發此資料的行動。用於WIC計劃資格釐定的資料將得到保密，且保留在WIC辦公室會的記錄。您有權在正常工作時間致電您當地WIC機構來查證這些資訊。

WIC家庭身份證號碼：_____

申請者／參加者姓名：_____
用正楷寫

申請者／參加者簽名：_____ 日期：_____

STAFF USE ONLY Staff Signature: _____ Date: _____

CDPH

本機構是機會平等的提供者。

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN