

Declaración de datos personales para el Programa WIC de California

Comprobantes de ingresos (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mis comprobantes de ingresos. La información que estoy dando el día de hoy sobre mis ingresos es correcta. Debo traer mis comprobantes de ingresos **en un plazo de 30 días** o mi certificación se cancelará y no recibiré más beneficios de WIC.

No puedo presentar mis comprobantes de ingresos porque:

<input type="checkbox"/> Soy víctima de un desastre	<input type="checkbox"/> Soy un trabajador agrícola migrante	<input type="checkbox"/> Soy una persona sin hogar
<input type="checkbox"/> Soy una adolescente embarazada a la que obligaron a irse de casa	<input type="checkbox"/> Me pagan en efectivo	

Declaro que mis ingresos domésticos brutos y totales son de \$ _____ al _____

Comprobante de domicilio (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mi comprobante de domicilio. La información que estoy dando el día de hoy sobre mi domicilio es correcta. Debo traer mi comprobante de domicilio **en un plazo de 30 días** o mi certificación se cancelará y no recibiré más beneficios de WIC.

No puedo presentar mi comprobante de domicilio porque:

<input type="checkbox"/> Soy víctima de un desastre	<input type="checkbox"/> Soy un trabajador agrícola migrante	<input type="checkbox"/> Soy una persona sin hogar
<input type="checkbox"/> Soy una adolescente embarazada a la que obligaron a irse de casa	<input type="checkbox"/> Soy habitante de un pueblo indio o nativo muy retirado	<input type="checkbox"/> Vivo en una zona rural en la que no hay servicio de correos

Declaro que mi dirección actual es: _____

Identificación (Marque la situación que corresponda)

No puedo presentar una identificación porque soy:

<input type="checkbox"/> Víctima de un desastre	<input type="checkbox"/> Un trabajador agrícola migrante
<input type="checkbox"/> Una persona sin hogar	

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para el Programa de WIC. También entiendo que, si de manera intencional hago una declaración falsa, oculto o retengo información sobre algún hecho, se podrían emprender acciones legales en mi contra conforme a la ley estatal y tendré que pagar por los beneficios que recibí.

La información solicitada en este formulario es requerida por el Departamento de Salud Pública de California, el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y es obligatorio para determinar la elegibilidad para el Programa de WIC. Cualquier revisión, uso, revelación o distribución de esta información no autorizada, está prohibido. La información usada para determinar la elegibilidad para el Programa de WIC será confidencial y se guardará en un expediente en la oficina de WIC. Usted tiene derecho a revisar la información en el horario de oficina; para hacerlo, llame a su agencia local de WIC.

Identificación familiar de WIC: _____

Nombre del participante o solicitante: _____
Print

Firma del participante o solicitante: _____ Fecha: _____

STAFF USE ONLY
Staff Signature: _____ Date: _____

