

Declaración de datos personales para el Programa de WIC de California

Comprobantes de ingresos (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mis comprobantes de ingresos.
La información que estoy brindando 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:

Soy víctima de un desastre Soy un trabajador agrícola migrante

Me pagan en efectivo Soy una persona sin hogar

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

Comprobante de domicilio (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mi comprobante de domicilio. La información que estoy brindando 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 comprobante de domicilio porque:

Soy víctima de un desastre Soy un trabajador agrícola migrante Soy habitante de un pueblo indio o nativo muy retirado, o vivo en una zona rural en la que no hay servicio de entrega de correo Soy una persona sin hogar

Declaro que mi dirección actual es:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código ZIP: _____

Comprobante de identificación (Marque la situación que corresponda)

Nombre(s): _____

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

No puedo presentar una identificación porque soy:

Soy víctima de un desastre Soy un trabajador agrícola migrante Soy una persona sin hogar

Certifico que la información anterior 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, u 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.

Identificación de WIC para la familia:	Representante de la familia:	Fecha:
Firma del representante de la familia o guardián ➔	[WIC Staff User ID]	

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 durante el horario normal de oficina llamando a su agencia local de WIC.