Pueblo Programa WIC Formulario de Solicitud

1. Padres / Parent-to-be / tutor para completar - en letra de imprenta

Ha solicitado o Has estado en WIC antes? **No** **Sí**	**En caso afirmativo, ¿Dónde? ¿Cuándo?**	**Fecha de Nacimiento**
Apellido	**Nombre**	**Inicial del Segundo Nombre**
Dirección (Incluya el apartamento / numero de espacio)	**Ciudad**	**Estado** / **Código Postal**
Preferido de Contacto Tel. #	**Contacto Alterno Tel. #**	**Dirección de correo electrónico**
# de Personas que Viven en la Casa	**Ingreso de Familiar Mensual Bruto**	**Asistencia Pública** (marque todos los que apliquen) **TANF** **Asistencia de Alimentos** **Medicaid**

(Por favor marque sólo una por cada pregunta)

Hispano o Latino? Sí o No

Nacionalidad:
- Blanco / Caucásico
- Africano American
- Indio Americano
- Nativo de Hawái / Islas del Pacífico

(Por favor marque sólo una por cada pregunta)

Nivel de Educacion de la Madre:

	1 año de universidad
Octavo grado	2 años de estudios universitarios
Noveno grado	3 años de estudios universitarios
Décima de grado	4 o 5 años de estudios universitarios
Grado 11	1 año de estudios de posgrado
Grado 12	2 años de estudios de posgrado

2. Solicitante Elegible (s) - una caja completa por solicitante.

Elegibilidad (marque todas las que apliquen)	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del Sugundo Nombre**
____ **Embarazada** ____ **Lactancia** (Hasta 12 meses) ____ **Postparto** (Hasta 6 meses) ____ **Infantil** ____ **Nino/Nina Menos de Cinco Años**	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Hombre** **Mujer**

Elegibilidad (marque todas las que apliquen)	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del Sugundo Nombre**
____ **Embarazada** ____ **Lactancia** (Hasta 12 meses) ____ **Postparto** (Hasta 6 meses) ____ **Infantil** ____ **Nino/Nina Menos de Cinco Años**	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Hombre** **Mujer**

Elegibilidad (marque todas las que apliquen)	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del Sugundo Nombre**
____ **Embarazada** ____ **Lactancia** (Hasta 12 meses) ____ **Postparto** (Hasta 6 meses) ____ **Infantil** ____ **Nino/Nina Menos de Cinco Años**	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Hombre** **Mujer**

Elegibilidad (marque todas las que apliquen)	**Apellido**	**Nombre**	**Inicial del Sugundo Nombre**
____ **Embarazada** ____ **Lactancia** (Hasta 12 meses) ____ **Postparto** (Hasta 6 meses) ____ **Infantil** ____ **Nino/Nina Menos de Cinco Años**	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Hombre** **Mujer**

3. Envíe el formulario completo a personal de WIC para programar una cita.

Este es un programa de igualdad de oportunidades. Si usted cree que ha sido discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad, escriba inmediatamente a la Secretaría de Agricultura DC, Washington, 20250