Servicios UNICAMENTE para padres sustitutos, guardianes o autorizaciones para el programa WIC

REGISTRO, AUTORIZACION Y CERTIFICACION DE WIC

REGISTRO ETIQUETA 1	*REGISTRO ETIQUETA 4*
REGISTRO ETIQUETA 2	*REGISTRO ETIQUETA 5*
REGISTRO ETIQUETA 3	

¿Está bien si le dejamos un mensaje automatizado para recordarle de sus citas? **Si** **No**

CERTIFICACION FINANCIERA:
Certifico que mis respuestas están correctas y completas a la medida de mi conocimiento y he reportado todo el ingreso de mi hogar, los beneficios de KTAP, Medicaid y los cupones para alimentos para determinar la elegibilidad al programa. Entiendo que se me puede pedir prueba del ingreso de mi hogar, de los beneficios de KTAP, Medicaid y cupones para alimentos.

AUTORIZACION PARA LOS SERVICIOS DE WIC:
(La autorización se REQUIRE en la certificación/recertificación de WIC)
Soy padre sustituto, guardián o persona autorizada para recibir los servicios del programa WIC. Yo accedo a estos servicios los cuales incluyen revisión, exámenes y hematocrito/hemoglobina. Entiendo que no hay garantías en el caso de ningún examen de la persona a la que represento.

CERTIFICACION FINANCIERA Y AUTORIZACION para los SERVICIOS DE WIC :

Seleccione uno: ☐ ***Padre sustituto*** ☐ ***Guardián*** ☐ ***Persona autorizada***

_____ _____
Firma del padre sustituto, guardián o persona autorizada ***Fecha***

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS WIC (*DEBE firmar en cada certificación y recertificación de WIC)*

He sido avisado/informado de mis derechos y obligaciones del programa WIC. Yo certifico que la información que he dado para determinar si soy elegible es correcta, en la medida de mi conocimiento. Este formulario de certificación se presenta en conexión con el recibo de la ayuda federal. Los programas oficiales pueden verificar la información este formulario de certificación. Entiendo que si se me probara que he realizado una declaración falsa o indecente a error en relación con la información contenida en este documento o distorsionar intencionalmente, ocultar o negar información puede resultar en el pago en efectivo a la agencia del estado, el valor de los beneficios para alimentos que han sido usados incorrectamente y puedo ser sujeto a persecución civil o criminal bajo la ley del Estado y Federal. También entiendo que mi nombre se puede dar a otros programas de salud y de asistencia para ser elegible para ese programa.

_____ _____
Firma del paciente o de la persona autorizada ***Fecha***