

**Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC) UNICAMENTE
CERTIFICACION, REGISTRO Y AUTORIZACION DE WIC**

REGISTRATION
Etiqueta del registro- LABEL 1

REGISTRATION
Etiqueta del registro - LABEL 3

REGISTRATION
Etiqueta del registro- LABEL 2

REGISTRATION
Etiqueta del registro - LABEL 4

¿Nos permite llamarle por medio de un mensaje automático o mensaje de texto para recordarle sus citas? Si No

Certificación financiera para los servicios WIC:

Certifico que mis respuestas son correctas y están completas en mi mejor conocimiento y he reportado todo mi ingreso, los beneficios de KTAP, Medicaid y Food Stamps para determinar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que me pueden pedir una constancia del ingreso, de los beneficios KTAP, Medicaid y Food Stamps.

Marque uno: mujer participante padre otra persona en cuidado del individuo _____
Parentesco

Firma de la mujer inscrita, padre, u otra persona en cuidado del individuo _____
Fecha

Autorización para servicios WIC (a menos que autorización general válida este en archivo):

(se REQUIERE autorización para la certificación/recertificación de WIC) (Ingrese la fecha válida CH-5 en archivo)

Soy la mujer participante, padre o la persona que cuida al individuo quien recibe los servicios WIC. Autorizo estos servicios que incluyen un examen de salud, test de hemoglobina no invasivo (si es necesario), estatura y peso para WIC. **Entiendo que no se me permite autorizar ningún procedimiento invasivo definido en 201 KAR 20:235, Sección 1(6) para el individuo mencionado. Si no se puede hacer el test de hemoglobina, entiendo que hay requisitos adicionales que se deben cumplir.** Entiendo que no hay garantías acerca del efecto de ningún examen a la persona a la cual estoy autorizando.

Marque uno: mujer participante padre otra persona en cuidado del individuo _____
Parentesco

Firma de la mujer participante, padre u otra persona quien cuida al individuo _____
Fecha

Derechos y responsabilidades WIC (DEBE firmar en todas las certificaciones y recertificación de WIC)

Se me ha informado acerca de mis derechos y obligaciones del programa WIC. Esto incluye los derechos y las responsabilidades de la tarjeta eWIC y cualquier beneficio del hogar proveído al titular de la cuenta. Certifico que la información que he facilitado para mi elegibilidad para obtener los servicios es correcta, al mejor de mi conocimiento. Este formulario de certificación se entrega con respecto al recibo de la asistencia federal. Oficiales del programa pueden verificar la información en los formularios de certificación.

Entiendo que información fraudulenta o declaraciones engañosas o distorsionar, ocultar o retener hechos puede resultar en pagarle a la agencia del estado, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos emitidos incorrectamente y me puede conllevar a una acusación civil o criminal bajo la ley del estado y federal. Entiendo que mi nombre también lo pueden compartir con otros programas de salud y beneficios sociales con la meta de calificar para ese programa.

Firma de la mujer participante, padre u otra persona quien cuida al individuo _____
Fecha

**Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC) UNICAMENTE
CERTIFICACION, REGISTRO Y AUTORIZACION DE WIC**

REGISTRATION
Etiqueta del registro- LABEL 1

REGISTRATION
Etiqueta del registro - LABEL 3

REGISTRATION
Etiqueta del registro- LABEL 2

REGISTRATION
Etiqueta del registro - LABEL 4

¿Nos permite llamarle por medio de un mensaje automático o mensaje de texto para recordarle sus citas? Si No

Certificación financiera para los servicios WIC:

Certifico que mis respuestas son correctas y están completas en mi mejor conocimiento y he reportado todo mi ingreso, los beneficios de KTAP, Medicaid y Food Stamps para determinar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que me pueden pedir una constancia del ingreso, de los beneficios KTAP, Medicaid y Food Stamps.

Marque uno: mujer participante padre otra persona en cuidado del individuo _____
Parentesco

Firma de la mujer inscrita, padre, u otra persona en cuidado del individuo Fecha

Autorización para servicios WIC (a menos que autorización general válida este en archivo):

(se REQUIERE autorización para la certificación/recertificación de WIC) (Ingrese la fecha válida CH-5 en archivo)

Soy la mujer participante, padre o la persona que cuida al individuo quien recibe los servicios WIC. Autorizo estos servicios que incluyen un examen de salud, test de hemoglobina no invasivo (si es necesario), estatura y peso para WIC. **Entiendo que no se me permite autorizar ningún procedimiento invasivo definido en 201 KAR 20:235, Sección 1(6) para el individuo mencionado. Si no se puede hacer el test de hemoglobina, entiendo que hay requisitos adicionales que se deben cumplir.** Entiendo que no hay garantías acerca del efecto de ningún examen a la persona a la cual estoy autorizando.

Marque uno: mujer participante padre otra persona en cuidado del individuo _____
Parentesco

Firma de la mujer participante, padre u otra persona quien cuida al individuo Fecha

Derechos y responsabilidades WIC (DEBE firmar en todas las certificaciones y recertificación de WIC)

Se me ha informado acerca de mis derechos y obligaciones del programa WIC. Esto incluye los derechos y las responsabilidades de la tarjeta eWIC y cualquier beneficio del hogar proveído al titular de la cuenta. Certifico que la información que he facilitado para mi elegibilidad para obtener los servicios es correcta, al mejor de mi conocimiento. Este formulario de certificación se entrega con respecto al recibo de la asistencia federal. Oficiales del programa pueden verificar la información en los formularios de certificación.

Entiendo que información fraudulenta o declaraciones engañosas o distorsionar, ocultar o retener hechos puede resultar en pagarle a la agencia del estado, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos emitidos incorrectamente y me puede conllevar a una acusación civil o criminal bajo la ley del estado y federal. Entiendo que mi nombre también lo pueden compartir con otros programas de salud y beneficios sociales con la meta de calificar para ese programa.

Firma de la mujer participante, padre u otra persona quien cuida al individuo Fecha