Memorandum

#11-015

TO: WIC Regional Directors
WIC Local Agency Directors

FROM: Linda Brumble, Unit Manager
Nutrition Education/Clinic Services Unit
Nutrition Services Section

DATE: February 11, 2011

SUBJECT: Policy memo – revised *Certification policies* and the *WIC Income Questionnaire*. Announcement of the new form *Change in Custody*

The subject policies were revised and can be downloaded from the online *Policy and Procedure manual* at http://www.dshs.state.tx.us/wichd/policy/idx_policy.shtm. The new form *Change in Custody* stock # F13-06-13553 English and Spanish and the revised *WIC Income Questionnaire* stock #s WIC-35-3, WIC 35-3A, and WIC 35-V are available through the online ordering system. The revised policies will not be monitored until August 2011 to allow local agencies sufficient time to train staff on the new procedures.

Summary of major revisions:

CS:11.0, Certification of Foster Children
This policy was revised to eliminate barriers for infants and children placed with a relative or close friend through Department of Family Protective Services (DFPS).

- Policy section added "Children left in the care of a family member or friend are not considered foster children unless DFPS is involved"
- **Definition of foster child** revised to reflect any child placed through DFPS.
- **Procedure I.** added verification of DFPS placements is only required at initial certification. Written or verbal verification is acceptable.
- **Procedure II.** If the relative does not receive any money for the care of the child, the child's income will be zero.
- **Procedure VI**. **A**. added verification is required when the child is returned to parent/guardian.
- **Procedure VI**. **E.** added **income reassessment is required** unless there is 90 days or less before the expiration of the certification period

CS:14.0, Completion of the WIC Income Questionnaire and the Family Certification/WIC Program Income Screening form

- **Procedure III. A. 3.** added applicant's gateway case number

WIC Income Questionnaire (attached)
Section I
- Separated questions pertaining to each gateway program to eliminate confusion

Section II
- Changed title to DFPS Placements

Section III
- Question 3 changed items listed to a - g
- Question 3 combined (a & b) to Social security/Supplemental security income (SSI)
- Revised wording of question about child support (f). Added amount, weekly, and name of person providing support and phone # if known.
- Revised wording to obtain highest level of documentation available

WIC Income Questionnaire Guide and Q & A* were updated to reflect the revisions in the *Income Questionnaire (attached)

***Change in Custody* form (new and is attached)**
The **intent of the *Change in Custody*** form is for documentation purposes non–DFPS placements. This form is not required and should not be used in a manner that will create barriers for individuals who have gained custody of a child/children.

Section I Change in Custody Documentation
This section can be used to document the proof of custody.

Section II Proof does not exist
This section can be used in situations such as parent/guardian is hospitalized or child is abandoned. For example, grandmother is in the clinic with children and mom has EBT card and has abandoned the family. Grandmother should complete Section II and staff should contact the IRM liaison for an administrative lock. Only the boxes that apply need to be checked.

Section III No longer caring for child/children
This section can be completed by the parent/guardian if they are available and willing to complete this section so that their children can continue receiving benefits.

IDL Trainings
We recommend that all staff view the following trainings:

- "Handling Income and Issuance When There is a Change in Custody."
- WIC Income Questionnaire WIC -35-3

For your convenience these trainings will be available on DVD and sent to LAs. Once you receive the DVD please discard any previous recordings of these trainings.

If you have any questions or require additional information, please contact the IRM liaison for your agency at 877-341-4491 option 6 followed by option 4.

Attachments

WIC Income Questionnaire

Your appointment date is _____. Complete this form before your appointment and bring it with you. If Section I or Section II do not apply to you, go to the other side and complete Section III. If you need help completing this form or if you do not know what to bring to your appointment, call the WIC office at _____.

Section I. Medicaid, SNAP or TANF Benefits

Complete this section if the person applying for WIC:

- **receives Medicaid, SNAP or TANF or**
- **lives in a household where anyone in the household receives TANF or**
- **lives in a household where a pregnant woman or an infant receives Medicaid**

Check either Yes or No for the questions below.

1. Does the person applying for WIC benefits receive Medicaid for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
2. Does the person applying for WIC benefits receive SNAP for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
3. Does the person applying for WIC benefits receive TANF for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
4. Does anyone in your household receive TANF for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
5. Is there a pregnant woman in the household who receives Medicaid for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
6. Is there an infant, under 12 months, in the household who receives Medicaid for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
If you answered "Yes" to any question, the only income information needed is the Medicaid, SNAP or TANF letter for the month of your appointment.	

I certify that all information I have provided is correct.

_____ _____ _____

Applicant's or Parent's/Guardian's Signature ***Applicant's or Parent's/Guardian's Printed name*** ***Date***

Section II. DFPS Placements

Complete this section if the person applying for WIC is in DFPS Placement.

Check either Yes or No to answer questions 1 and 2.

1. Does the applicant receive Medicaid for the month of your appointment?	❑ Yes ❑ No
2. Do they have a DFPS placement letter?	❑ Yes ❑ No
If you answered "Yes" to either question, bring the Medicaid letter for the month of your appointment or the DFPS Placement Letter.	

I certify that all information I have provided is correct.

_____ _____ _____

Foster Parent's Signature ***Foster Parent's Printed Name*** ***Date***

Section III. Do Not Receive Medicaid, SNAP or TANF Benefits or Not in DFPS Placement

Complete this section if the person applying for WIC does not receive benefits from Medicaid, SNAP or TANF or are not in DFPS Placement.

- **Check either "Yes" or "No" to all the questions below.**
- **If you answer "Yes" to any of the questions 1–6, bring proof of all sources of income to your WIC appointment.**
- **If you answer "No" to all the questions below, call the WIC office or ask WIC staff what you need to bring.**
- **Make sure the information you bring shows your USUAL gross monthly household income (prior to deductions).**

1. Do you work? If "Yes," and you have more than one job, bring paycheck stubs (dated within 60 days of your appointment) from each job.	❑ Yes ❑ No
2. Does anyone else living with you work? If "Yes," bring paycheck stubs (dated within 60 days of your appointment) from each job.	❑ Yes ❑ No
3. Do you or anyone living with you receive any items listed a – f below? If "Yes, " bring proof (dated within 60 days of your appointment).	
a.) Social Security/Supplemental Security Income (SSI) or disability for current year? (If a copy of award letter is needed, call 1-800-772-1213.)	❑ Yes ❑ No
b.) Pensions or retirement check?	❑ Yes ❑ No
c.) Unemployment check?	❑ Yes ❑ No
d.) Workman's compensation check?	❑ Yes ❑ No
e.) Money or financial support from parents, relatives, friends, or any other source on a regular basis?	❑ Yes ❑ No
f.) Child support?	❑ Yes ❑ No
Amount _____ Received monthly?.....	❑ Yes ❑ No
Received weekly?	❑ Yes ❑ No
Name of person providing support _____phone #_____ (if known)	
4. Did you or any anyone living with you receive other money not listed above within the last 12 months? If "Yes," please list here and bring proof of this source of income (e.g., inheritance, lotto winnings) _____ _____	❑ Yes ❑ No
5. Are you or anyone living with you on leave without pay status, reduced pay status or on Family and Medical Leave Act of (FMLA)? (Bring most recent check stub)	❑ Yes ❑ No
6. Do you or anyone living with you currently use another source of income, not mentioned above to support yourself/your family? Source of income:_____	❑ Yes ❑ No
7. All the information provided reflects my USUAL monthly gross household income (before deductions).	❑ Yes ❑ No

By signing this form, I certify that all information I have provided is correct. I certify that I have informed the WIC staff about ALL sources of income received by all members of my household (this includes all persons who reside with me). The information I provided accurately reflects my USUAL monthly gross household income (before deductions). I understand that my household income may be verified with the Texas Workforce Commission.

_____ _____ _____

Applicant's or Parent's/Guardian's Signature *Applicant's or Parent's/Guardian's Printed Name* *Date*

This institution is an equal-opportunity provider.
© 2011 Department of State Health Services. All rights reserved.

Bảng Câu Hỏi Lợi Tức của WIC (WIC Income Questionnaire)

Buổi hẹn của bạn vào ngày _____. Hãy điền đơn này trước và mang theo trong buổi hẹn. Nếu Phần I hoặc Phần II không thích ứng cho bạn, lật qua trang bên và điền vào Phần III. Nếu bạn cần giúp điền đơn này hoặc nếu bạn không biết phải mang những gì, hãy gọi văn phòng WIC ở số _____.

Phần I. Quyền Lợi Medicaid, SNAP hoặc TANF

Điền vào phần này nếu đương đơn xin vào chương trình WIC đang:

- **nhận Medicaid, SNAP hoặc TANF hoặc**
- **sống trong gia cư nơi có người nào lãnh TANF hoặc**
- **sống trong gia cư nơi có người mang thai hoặc trẻ sơ sinh hưởng Medicaid**

Đánh dấu câu trả lời Có hoặc Không cho những câu hỏi dưới đây.

1. Đương đơn xin hưởng WIC có nhận Medicaid cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
2. Đương đơn xin hưởng WIC có nhận SNAP cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
3. Đương đơn xin hưởng WIC có nhận TANF cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
4. Trong nhà bạn có ai nhận TANF cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
5. Trong nhà bạn có người mang thai nhận Medicaid cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
6. Trong nhà bạn có trẻ con dưới 12 tháng nhận Medicaid cho tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
Nếu bạn trả lời "Có" cho bất cứ một câu hỏi nào thì hồ sơ duy nhất bạn cần mang là lá thư được hưởng Medicaid, SNAP hoặc TANF cho tháng bạn có buổi hẹn.	

Tôi chứng nhận rằng tất cả chi tiết tôi cung cấp đều là đúng sự thật..

_____	_____	_____
Chữ ký của Đương đơn hoặc Cha mẹ/Giám Hộ	***Viết In Tên của Đươmg đơn hoặc Cha Mẹ/Giám Hộ***	*Ngày*

Phần II. Chỉ Định DFPS

Điền vào phần này nếu đương đơn xin vào WIC thuộc Chỉ Định DFPS.

Trả lời câu hỏi 1 hoặc 2 bằng đánh dấu Có hoặc Không.

1. Đương đơn có nhận Medicaid trong tháng bạn có hẹn không?	❑ Có ❑ Không
2. Họ có lá thư của Chỉ Định DFPS không?	❑ Có ❑ Không
Nếu bạn trả lời "Có" trong bất cứ câu nào, hãy mang lá thư của Medicaid cho tháng bạn có hẹn hoặc của Chỉ Định DFPS.	

Tôi chứng nhận rằng tất cả lời khai trên đây là đúng sự thật.

_____	_____	_____
Viết In Tên Cha Mẹ nuôi	***Chữ ký Cha Mẹ Nuôi***	*Ngày*

Phần III. Không nhận trợ cấp Medicaid, SNAP hoặc TANF hoặc Không trong Chỉ Định DFPS

Điền vào phần này nếu đương đơn xin WIC không hưởng Medicaid, SNAP hoặc TANF hoặc không trong Chỉ Định DFPS

- **Đánh dấu "Có" hoặc "Không" cho các câu hỏi dưới đây.**
- **Nếu bạn trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi từ 1-6, hãy mang theo tất cả bằng chứng lợi tức lúc tới hẹn.**
- **Nếu bạn trả lời "Không" cho tất cả câu hỏi dưới đây, hãy gọi văn phòng WIC hoặc hỏi nhân viên WIC để biết cần mang theo gì.**
- **Hãy mang theo những hồ sơ xác thực để trình mức lợi tức tổng quát THÔNG THƯỜNG mỗi tháng trong gia đình bạn (trước mọi khấu trừ).**

1. Bạn có đi làm không? Nếu "Có", và nếu bạn làm nhiều việc, hãy mang theo cùi phiếu lương bổng của mỗi việc (trong thời hạn 60 ngày tính đến buổi hẹn).	❑ Có ❑ Không
2. Có ai sống với bạn và đi làm không? Nếu "Có", hãy mang theo cùi phiếu lương bổng cho mỗi việc của người ấy (trong thời hạn 60 ngày tính đến buổi hẹn).	❑ Có ❑ Không
3. Bạn hoặc ai sống với bạn nhận được bất cứ lợi tức gì trong câu từ a - f dưới đây không? Nếu "Có", hãy mang theo bằng chứng (trong thời hạn 60 ngày tính đến buổi hẹn)	
a. Tiền An Sinh Xã Hội/Trợ Cấp An Sinh Phụ Trội (SSI) hoặc tàn tật trong năm này? (Nếu cần một lá thư chứng thực, hãy gọi số 1-800-772-1213)	❑ Có ❑ Không
b. Lương hưu hoặc tiền già?	❑ Có ❑ Không
c. Tiền thất nghiệp?	❑ Có ❑ Không
d. Tiền bồi thường công nhân?	❑ Có ❑ Không
e. Tiền hoặc trợ cấp tài chánh đều đặn từ cha mẹ, họ hàng, bạn bè hoặc nguồn trợ cấp nào khác?	❑ Có ❑ Không
f. Tiền cấp dưỡng con trẻ?	❑ Có ❑ Không
Số tiền _____ Nhận hàng tháng?	❑ Có ❑ Không
Nhận hàng tuần?	❑ Có ❑ Không
Tên người trả tiền cấp dưỡng con trẻ_____số điện thoại _____ (nếu biết)	
4. Bạn hoặc ai đang sống chung có nhận được những món tiền nào khác ngoài những gì ghi ở trên trong vòng 12 tháng vừa qua không? Nếu "Có", xin liệt kê nơi đây và mang theo bằng chứng về lợi tức này (chẳng hạn như tiền thừa kế, trúng số) _____	❑ Có ❑ Không
5. Bạn hoặc ai đang sống chung đang nghỉ làm không lương, sụt lương hoặc vì lý do Gia đình và Bệnh Hoạn Phải Nghỉ Làm (FMLA) không? (Hãy mang theo cùi phiếu lương mới nhất)	❑ Có ❑ Không
6. Bạn hoặc ai đang sống chung hiện đang có nguồn lợi tức khác, không kể ra trên đây, trợ giúp bạn/gia đình bạn không? Lợi tức đó là: _____	❑ Có ❑ Không
7. Tất cả chi tiết trên bao gồm mức lợi tức tổng quát THÔNG THƯỜNG của cả nhà tôi (trước mọi khấu trừ)	❑ Có ❑ Không

Ký vào đơn này, tôi chứng nhận rằng tất cả lời khai trên của tôi đúng sự thật. Tôi xác định là đã thông báo nhân viên WIC TẤT CẢ nguồn lợi tức mà toàn gia tôi nhận lãnh (gồm mọi người đang sống chung với tôi). Lời khai của tôi phản ảnh trung thực mức lợi tức tổng quát THÔNG THƯỜNG của cả nhà tôi (trước mọi khấu trừ). Tôi hiểu rằng lợi tức toàn gia có thể được kiểm chứng bởi Uỷ Ban Lao động Texas (Texas Workforce Commission).

_____ _____ _____

***Tên** Đương Sự hoặc Cha Mẹ/Người Bảo Trợ* ***Chữ ký** Đương Sự hoặc Cha Mẹ/Người Bảo Trợ* *Ngày*

Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.
© 2011 Bộ Y-Tế Tiểu Bang. Cơ quan giữ bản quyền.

Cuestionario de WIC sobre ingresos

La fecha de su cita es el _____. Llene esta forma antes de la cita y llévela con usted. Si las Secciones I y II no tienen que ver con usted, voltee la hoja y llene la Sección III. Si necesita ayuda para llenar esta forma, o si no sabe qué llevar a la cita, llame a la oficina de WIC al _____.

Sección I. Beneficios de Medicaid, Programa SNAP o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- **recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF, o**
- **vive en un hogar donde alguien recibe TANF, o**
- **vive en un hogar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid**

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas a continuación.

1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid la persona que solicita beneficios de WIC?	❑ Sí ❑ No
2. Para el mes de la cita, ¿recibirá beneficios del Programa SNAP la persona que solicita WIC?	❑ Sí ❑ No
3. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF la persona que solicita beneficios de WIC?	❑ Sí ❑ No
4. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF alguien del hogar?	❑ Sí ❑ No
5. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar una mujer embarazada que recibe Medicaid?	❑ Sí ❑ No
6. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar un bebé menor de 12 meses que recibe Medicaid?	❑ Sí ❑ No
Si contesta "Sí" a una de las preguntas, la única información necesaria sobre ingresos es la carta de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF para el mes de la cita.	

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

_____	_____	_____
Firma del solicitante, padre o tutor	***Nombre del solicitante, padre o tutor en letra de molde***	*Fecha*

Sección II. Colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC se encuentra en una colocación por el DFPS:

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas 1 y 2.

1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid el solicitante?	❑ Sí ❑ No
2. ¿Tiene esa persona una carta de colocación por el DFPS?	❑ Sí ❑ No
Si contesta "Sí" a una de las preguntas, lleve la carta de Medicaid para el mes de la cita o la carta de colocación por el DFPS. .	

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

_____	_____	_____
Firma del padre temporal	***Nombre del padre temporal en letra de molde***	***Fecha***

Sección III. No recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, o no está en una colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC no recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, y no está en una colocación por el DFPS

- Marque "Sí" o "No" para contestar todas las preguntas a continuación.
- Si contesta "Sí" a una de las preguntas del 1 al 6, lleve pruebas de todas las fuentes de ingresos a la cita de WIC.
- Si contesta "No" a todas las preguntas a continuación, llame a la oficina de WIC o pregúntele al personal de WIC qué necesita llevar.
- Asegúrese de llevar la información que muestra los ingresos mensuales USUALES brutos (antes de las deducciones).

1. ¿Trabaja? Si contesta "Sí" y tiene más de un trabajo, lleve los talones de los cheques de pago (con fecha dentro de los últimos 60 días antes de la cita) de cada trabajo.	❑ Sí ❑ No
2. ¿Trabaja alguna persona que vive con usted? Si contesta "Sí", lleve los talones de los cheques de pago (con fecha dentro de los últimos 60 días antes de la cita) de cada trabajo.	❑ Sí ❑ No
3. ¿Recibe usted o alguien que vive con usted algunos de los ingresos de la lista a continuación? Si contesta "Sí", lleve las pruebas (con fecha dentro de los últimos 60 días antes de la cita).	
a.) Ingresos de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o por discapacidad para el año en curso (Si necesita una copia de la carta de concesión, llame al 1-800-772-1213).	❑ Sí ❑ No
b.) Cheque de pensión o jubilación	❑ Sí ❑ No
c.) Cheque de desempleo	❑ Sí ❑ No
d.) Cheque de indemnización laboral	❑ Sí ❑ No
e.) Dinero o apoyo económico periódico de padres, parientes, amigos o de otra fuente	❑ Sí ❑ No
f.) Manutención de niños	❑ Sí ❑ No
Cantidad _____ ¿La recibe cada mes?	❑ Sí ❑ No
¿La recibe cada semana?.....	❑ Sí ❑ No
Nombre de la persona que paga la manutención _____ Teléfono: _____ (si lo sabe)	
4. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguien que vive con usted otro dinero que no se menciona en la lista anterior? Si contesta "Sí", por favor, escríbalo aquí y lleve la prueba de esta fuente de ingresos (por ejemplo, herencia, premio de la lotería) _____	❑ Sí ❑ No
5. ¿Está de licencia sin paga o con pago reducido usted o alguien que vive con usted, o está tomando una licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)? (Lleve el talón de cheque más reciente)	❑ Sí ❑ No
6. ¿Utiliza usted o alguien que vive con usted otra fuente de ingresos que no se mencionó antes para mantenerse o mantener a su familia? Fuente de ingresos: _____	❑ Sí ❑ No
7. Toda la información que he dado refleja los ingresos mensuales USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones).	❑ Sí ❑ No

Al firmar esta forma, certifico que toda la información que he dado es correcta. Certifico que he informado al personal de WIC sobre TODAS las fuentes de los ingresos recibidos por todos los miembros de mi hogar (esto incluye a todas las personas que viven conmigo). La información que he dado refleja fielmente los ingresos mensuales USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones). Entiendo que es posible que verifiquen los ingresos del hogar con la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

_____ _____ _____

Firma del solicitante, padre o tutor ***Nombre del solicitante, padre o tutor en letra de molde*** ***Fecha***

Esta institución ofrece igualdad en las oportunidades de servicios para todos.
© 2011 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Todos los derechos reservados.

Change in Custody

Section I - Change in custody documentation

Type of document provided: _____

(Example: written statement, notarized letter, court documents etc.)

Section II - Proof does not exist

I _____ certify that _____

(Name of person applying on behalf of child) *(Child or children's name)*

is currently in my care. The parent(s) is not available due to:

_____

_____

Check all that apply:

☐ We all lived together before this change occurred

☐ I have the WIC EBT card for the child/children

☐ Child/children receive Medicaid and the proof is available today

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement.

_____ _____

(Relationship to child/children) *(Date)*

_____ _____

(Name of person applying on behalf of child) *(Print name)*

Section III – No longer caring for child/children

This section may be completed by the parent no longer caring for the child/children.

I _____ certify that _____

(Name of parent/legal guardian) *(Name of person caring for child)*

is now caring for my child/childern: _____

_____

- I understand to continue receiving benefits for myself I will need to return to the WIC clinic to remove benefits for my child/children.
- I understand that I will not be able to purchase WIC benefits for my child/children using my WIC EBT card beginning next month.
- I understand that I may keep my WIC EBT card and provide benefits for the current month to the caregiver for my child/children.

_____ _____

(Name of parent) *(Print name)*

_____

(Date)

For WIC Official use only: Child/children have current have current WIC benefits? Yes ☐ No ☐
Applies to all sections.

This institution is an equal-opportunity provider.
© 2011 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved. Stock No. 13-06-13553

Cambio de Custodia

Sección I – Documentación para un cambio de custodia

Tipo de documentación proporcionada: _____

(ejemplo: declaración escrita, carta notariada, documentos de la corte)

Section II – No existe comprobante

Yo _____ ccertifico que _____

(nombre del solicitante por parte del niño) *(nombre del niño o niños)*

se encuentra actualmente bajo mi cuidado. Los padres de familia no están disponibles debido a:

_____

_____

Marque todas las respuestas que sean pertinentes:

☐ Viviamos todos juntos antes de este cambio

☐ Yo tengo las tarjetas WIC/EBT para el niño/los

☐ El niño/los niños reciben Medicaid y el comprobante está disponible hoy

Al firmar esta forma, yo declaro que la información anterior es correcta.

_____ _____

(Relación al niño o niños) *(Fecha)*

_____ _____

(Firma del solicitante por parte del niño) *(Nombre con letra de imprenta)*

Section III – Ya no está(n) el niño o los niños bajo mi cuidado

El padre o la madre que ya no cuida al niño o niños puede llenar esta sección

Yo _____ certifico que _____

(Nombre del padre de familia o tutor) *(Nombre de la persona que cuida al niño)*

ahora cuida a mi niño/niños: _____

_____

- Yo entiendo que para continuar recibiendo los beneficios de WIC, tender que regresar a la clínica para quitar los beneficios pertenecientes a mi niño/niños de la tarjeta WIC/EBT.
- Yo entiendo que no podré comprar alimentos de WIC con mi tarjeta WIC/EBTempezando el mes entrante.
- Yo endiendo que puedo mantener mi tarjeta WIC/EBT y proporcionar beneficios para el mes en curso al cuidador de mi niño/niños.

_____ _____

(Nombre del padre de familia) *(Nombre con letra de imprenta)*

_____

(Fecha)

For WIC Official use only: Child/children have current have current WIC benefits? Yes ☐ No ☐
Applies to all sections.

Esta institución ofrece igualdad en las oportunidades de servicios para todos.
© 2011 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sección de Servicios de Nutrición. Todos los derechos reservados.