DHS
Oregon Department of Human Services

# Cancelación de cupones debido a cambio de categoría

wic

Agencia local de WIC

Nombre del participante

N° de identificación de WIC

| Categoría original de WIC | Fecha de emisión del cupón | Número del cupón emitido originalmente | Fecha de cancelación | Nueva categoría de WIC | Número del cupón reemitido | Fecha de reemisión |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Estoy informando un cambio en mi categoría WIC o en la categoría de un bebé o niño en mi custodia. Se me informó que, debido a este cambio de categoría, tengo derecho a un nuevo beneficio de alimentos de WIC y que se están emitiendo nuevos cupones que reflejan este nuevo beneficio de alimentos.

Al firmar este formulario entiendo que:

- Deberé destruir o devolver a la clínica de WIC los cupones emitidos originalmente.
- No puedo usar los cupones emitidos originalmente indicados arriba. También entiendo que mi segundo comprador tampoco puede usar los cupones emitidos originalmente.
- El usar los cupones emitidos originalmente después de haber recibido los nuevos es contrario a las reglas de WIC.
- Si yo o mi segundo comprador usa los cupones emitidos originalmente, deberé devolver al Programa WIC la cantidad de los cupones originales o quedaré suspendido del programa hasta por un año.

Firma del participante o custodio

Fecha