



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



Eligibilidad temporal por falta de pruebas

Nombre del aplicante/participante(s):

_____, _____, _____

Número(s) de identificación de WIC:

_____, _____, _____

WIC requiere que se presenten comprobantes de ingresos, dirección e identidad para brindar servicios. Si no puede presentar comprobante de ingresos, dirección y/o identidad, puede llenar este formulario con la información necesaria. Esto le permitirá recibir beneficios alimentarios para este mes.

Instrucciones: Por favor llene las secciones marcadas abajo. Si el cuadro de la sección no está marcado, no es necesario llenar esa sección.

Si necesita este formulario en un formato alternativo, por favor llame a Oregon WIC al 971-673-0040. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Comprobante de ingresos

El ingreso de mi hogar antes de impuestos es \$_____

Semanal **Mensual**

Otra frecuencia:_____

No presenté comprobante de ingresos el día de hoy.

Entiendo que debo proveer comprobante de ingresos de mi hogar en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

Comprobante de dirección/domicilio

Mi dirección actual es:

No presenté comprobante de domicilio el día de hoy.

Entiendo que debo proveer comprobante de domicilio en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

Comprobante de identidad

Al marcar esta caja, declaro que no presenté comprobante de identidad el día de hoy para:

No presenté comprobante de identidad el día de hoy para las personas indicadas arriba. Entiendo que debo proveer comprobante(s) de identidad en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

Por favor lea y firme

Al llenar, firmar y fechar este formulario, certifico que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que necesito proveer la información indicada arriba para continuar recibiendo beneficios de WIC después de los 30 días. Entiendo que dar información falsa intencionalmente se considerará un abuso del programa y podría exigírseme que le devuelva a WIC el importe de los beneficios alimentarios de WIC que haya recibido.

Firma del aplicante/participante:

Fecha:
