



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



Falta de comprobantes debido a una situación especial

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. Completar este formulario cumple con los requisitos para el período de certificación.

Instrucciones: Por favor llene las secciones marcadas abajo con la información y el motivo por el cual no dispone del comprobante. No llene la sección si la caja no está marcada.

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 puedo presentar un comprobante de ingresos debido a que:

- Sobreviví un desastre
- Soy trabajador agrícola migrante
- No tengo hogar fijo
- Me pagan en efectivo
- No tengo ingresos
- Otro: _____

Comprobante de dirección/domicilio

Mi dirección actual es:

No puedo presentar un comprobante de domicilio debido a que:

- Sobreviví un desastre
 - Soy trabajador agrícola migrante
 - No tengo hogar fijo
 - Recientemente emigré a los Estados Unidos
 - Otro: _____
-

Comprobante de identidad

No puedo presentar un comprobante de identidad para:

Debido a que:

- Sobreviví un desastre
- No tengo hogar fijo
- Recientemente emigré a los Estados Unidos
- Otro: _____

Please read and sign

Al llenar, firmar y fechar este formulario, certifico que la información que he proporcionado es correcta. 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:
