Cuestionario del programa WIC sobre los ingresos

Llene este formulario antes de ir a su cita con el programa WIC, y tráigalo con usted. Si usted no llena los requisitos para la Sección I o la Sección II, llene la Sección III al dorso del formulario. Si necesita ayuda para llenar este formulario, o si no sabe qué es lo que debe traer consigo a su cita, llame a la oficina del programa WIC al _____.

Sección I

Para los solicitantes del programa WIC que reciben beneficios de Medicaid, Estampillas para comida o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- **recibe Medicaid, estampillas para comida o TANF, o**
- **vive en una unidad familiar donde alguna de las personas reciben TANF o**
- **vive en una unidad familiar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid**

Marque "Sí" o "No" al contestar las preguntas 1 y 2. Si usted contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, la única información necesaria sobre los ingresos es la carta de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, para el mes de la cita indicada a continuación. Traiga la carta consigo a su cita.

1. ¿Recibe(n) Medicaid, Estampillas para comida o TANF la(s) persona(s) que solicita(n) WIC para _____? ❑ Sí ❑ No
   Mes de la cita

   Si contesta "Sí", ponga en la línea a continuación los nombres de todas las personas y todos los beneficios que reciben del programa (por ejemplo: Tomás - Medicaid). _____

   _____

2. ¿Recibe TANF alguna persona en su unidad familiar, o vive en su unidad familiar una mujer embarazada o un bebé que recibe Medicaid para _____? ❑ Sí ❑ No
   Mes de la cita

   Si contesta "Sí", ponga en la línea a continuación los nombres de todas las personas y todos los beneficios que reciben del programa (por ejemplo: María - TANF). _____

   _____

Certifico que es correcta toda la información que he proporcionado.

_____ _____ _____

Nombre en letra de molde *del solicitante o de uno de los padres / tutor* ***Firma*** *del solicitante o de uno de los padres / tutor* *Fecha*

Sección II

Para los solicitantes de WIC que están en cuidado temporal (*foster care*)

Llene esta sección si la persona que solicita WIC está en cuidado temporal. Marque "Sí" o "No" al contestar las preguntas 1 y 2. Si usted contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, la única información necesaria sobre los ingresos es la carta de Medicaid para el mes de la cita indicada a continuación O la carta de colocación en cuidado temporal. Traiga la carta consigo a su cita.

1. ¿Tiene el padre / la madre de cuidado temporal una carta de colocación en cuidado temporal? Cantidad mensual que recibe. $_____ ❑ Sí ❑ No

O

2. ¿Recibe el solicitante en cuidado temporal Medicaid para _____? ❑ Sí ❑ No
   Mes de la cita

Certifico que es correcta toda la información que he proporcionado.

_____ _____ _____

Nombre en letra de molde *de uno de los padres de cuidado temporal* ***Firma*** *de uno de los padres de cuidado temporal* *Fecha*

Sección III

Para los solicitantes del programa WIC que no reciben beneficios de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, o que no están en cuidado temporal (*foster care*)

Llene esta sección si la persona que solicita WIC no recibe beneficios de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, o no está en cuidado temporal.

- **Marque "Sí" o "No" para todas las preguntas a continuación.**
- **Si usted contesta "Sí" a alguna de las preguntas 1 a 5, traiga a su cita con el programa WIC prueba de todas las fuentes de ingresos (ejemplo: talones del sueldo que recibió dentro de los 60 días antes de la cita).**
- **Si contesta "No" a todas las preguntas a continuación, llame a la oficina de WIC para enterarse de lo que necesita traer consigo.**
- **Asegúrese que la información que usted trae muestre los ingresos brutos mensuales USUALES de su unidad familiar.**

1. Trabaja usted? Si contesta "Sí" y tiene más de un empleo, traiga los talones de sueldo para cada uno de los empleos que tienen fecha dentro de los 60 días antes de la cita.	❑ Sí ❑ No
2. ¿Trabaja alguien más que vive con usted? Si contesta "Sí", traiga los talones de sueldo para cada uno de los empleos que tienen fecha dentro de los 60 días antes de la cita.	❑ Sí ❑ No
3. ¿Recibe usted o alguna persona que vive con usted alguna de las cosas indicadas en a-g a continuación? Si contesta "Sí," traiga prueba de ésa (que tiene fecha dentro de los 60 días antes de la cita).	
a. ¿Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) / ingresos del seguro de discapacidad? (Si se necesita una copia de la carta de asignación, llame al 1-800-772-1213)	❑ Sí ❑ No
b. ¿Cheque de Seguro Social? (Si se necesita una copia de la carta de asignación, llame al 1-800-772-1213)	❑ Sí ❑ No
c. ¿Pensiones / cheque de jubilación?	❑ Sí ❑ No
d. ¿Cheque por desempleo?	❑ Sí ❑ No
e. ¿Cheque de compensación al trabajador?	❑ Sí ❑ No
f. ¿Dinero o apoyo financiero de padres, parientes, amigos, o de cualquier otra fuente periódicamente?	❑ Sí ❑ No
g. ¿Dinero para la manutención de niños?	❑ Sí ❑ No
Si contesta "Sí", ¿es la manutención de niño: ordenada por la corte?	❑ Sí ❑ No
pagada a través de la corte?	❑ Sí ❑ No
pagada cada mes?	❑ Sí ❑ No
4. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguna persona que vive con usted otra cantidad de dinero **que no aparece en la lista de arriba**? Si contesta "Sí", sírvase indicarlo aquí y traiga prueba de esta fuente de ingresos (p.ej., herencia, premios de la lotería) _____	❑ Sí ❑ No
5. ¿Está usted o alguna persona que vive con usted con permiso para estar fuera del trabajo de manera temporal sin pago, con pago reducido o con permiso debido a una situación médica y de familia (por la ley de FMLA)?	❑ Sí ❑ No
6. Toda la información proporcionada refleja los ingresos **brutos** mensuales **USUALES** de mi unidad familiar.	❑ Sí ❑ No

Al firmar este formulario, certifico que es correcta toda la información que he proporcionado. Certifico que he informado al personal del programa WIC sobre **TODAS** las fuentes de ingresos que reciben todos los miembros de mi unidad familiar (esto incluye a todas las personas que viven conmigo). Toda la información que he proporcionado refleja los ingresos **brutos** mensuales **USUALES** de mi unidad familiar. Entiendo que es posible que la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission) verifique los ingresos de mi unidad familiar.

_____ _____ _____

***Nombre en letra de molde** del solicitante o de uno de los padres / tutor* ***Firma** del solicitante o de uno de los padres / tutor* *Fecha*

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad.
© 2006 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Todos los derechos reservados.

Lo que debe traer consigo a la cita del programa WIC

_____ tiene una cita con el programa WIC el día _____

a las _____a.m./p.m. Si usted no puede asistir a su cita, llame a la oficina de WIC para programar la cita de nuevo

al _____.

Sírvase notar: Si usted llega tarde o si se olvida traer lo que se indica a continuación, es posible que tenga que hacer otra cita. Si no tiene todo lo que se indica a continuación, o no puede traerlo todo, sírvase llamar a la oficina del programa WIC antes de su cita.

1. **La(s) persona(s) que solicita(n) inscribirse en el programa WIC**
   Acompáñele a la clínica a cada persona que solicite inscribirse en el programa WIC. Sírvase traer un pañal extra para los bebés y los niños que solicitan inscribirse en el programa WIC, debido a que ellos deberán ser pesados con un pañal limpio y seco.

2. **Las tarjetas de inmunización**
   Si éstas están disponibles, traiga las tarjetas de inmunización para todos los bebés y niños que solicitan inscribirse en el programa WIC.

3. **Prueba de su identificación***
   Traiga algún tipo de identificación para usted y para cada persona que solicita inscribirse en el programa WIC. Se acepta cualquiera de lo siguiente:

   - tarjeta de identificación para el programa WIC ó tarjeta Lone Star del programa WIC
   - un formulario o carta de Medicaid, del programa de estampillas para comida o del TANF
   - licencia de conducir
   - tarjeta de seguro social
   - tarjeta de inscripción de elector (votante)
   - carta de colocación en un hogar de guarda (solamente para los bebés y niños)
   - identificación con foto (por ejemplo: oficial, de una escuela o del empleo)
   - identificación de militares
   - su pasaporte o archivos de inmigración
   - archivos de su pasaporte o de inmigración
   - acta de nacimiento
   - tarjeta de la cuna, papeles del dar de alta, o brazalete de identificación del hospital
   - licencia para el matrimonio
   - tarjeta de inmunización

4. **Prueba de su dirección***
   Traiga prueba de la dirección dónde usted actualmente vive. El documento deberá incluir su nombre, dirección física, ciudad, estado, y código postal. No se aceptan apartados postales [los P.O. Box]. Se acepta cualquiera de lo siguiente:

   - un formulario o carta de Medicaid, del programa de estampillas para comida o del TANF
   - factura de una utilidad o de una tarjeta de crédito
   - tarjeta de inscripción de elector
   - correspondencia comercial
   - recibo / acuerdo de renta
   - recibo de impuestos de propiedad
   - Si usted vive con alguien y no recibe correspondencia que indica su dirección, traiga una carta de la persona con quien vive con su firma, número de teléfono y prueba de dirección

5. **Prueba de ingresos***
   Lea y llene el cuestionario sobre los ingresos (el formulario WIC-35-3) antes de su cita para saber qué es lo que tiene que traer consigo como prueba de ingresos. Traiga consigo a la cita el formulario con el cuestionario sobre los ingresos ya llenado, y los documentos que son la prueba de ingresos. Si usted tiene algunas preguntas, llame a la clínica de WIC para enterarse de lo que necesita hacer. Si usted no tiene un formulario, lo puede encontrar al pie de la página de Internet http://www.dshs.state.tx.us/wichd/gi/eligible.shtm, bajo “Eligibility Forms”, o en la clínica de WIC local.

6. **Números de Seguro Social**
   Traiga los números de seguro social de todas las personas que viven con usted, si estos están disponibles.

*Si usted no tiene ninguno de los artículos indicados, comuníquese con la oficina de WIC para recibir ayuda antes de su cita. Se aceptan otros artículos y formularios, pero estos no se indican aquí.

Llene la parte de atrás de este formulario

Para más información sobre el programa WIC vaya a http://www.dshs.state.tx.us/wichd/

Información para el programa WIC

Llene la información siguiente para todas las personas que viven en su casa (esto no es necesario si usted tiene prueba de que reciben Medicaid, Estampillas para comida o TANF).

Nombre	Fecha de nacimiento	Números de seguro social (si están disponibles)	Nombre y dirección de su empleador
Utilice otra hoja si es necesario.			

Recuerdo de la alimentación de 24 horas

Para cada persona que solicita inscribirse en el programa WIC, indique lo que comió y bebió el día antes de su cita con el programa WIC. Si su criatura va a un centro de cuidado infantil o a una niñera, indique lo que comió y bebió la criatura el último día que estuvo bajo su cuidado.

Nombre:_____ **Edad:** _____ **Nombre:**_____ **Edad:** _____

Comidas y bebidas	Cantidad	Comidas y bebidas	Cantidad
Utilice otra hoja si es necesario.			

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad.
© 2006 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sección de Servicios de Nutrición. Todos los derechos reservados.