

## Departamento de Salud de Ohio Solicitud del Programa de WIC

A. Padre, guardián, o nombre de solicitante		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Dejar mensaje		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección Postal (Si no es la misma dirección escrita arriba)		Ciudad	Estado	Código postal

B. En la sección de abajo por favor liste todas las personas que viven en su casa.

1. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
2. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
3. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
4. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
5. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
6. Nombre-primer, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día de Nacimiento / /
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía / /
C. ¿Si alguien en su casa está embarazada, está ella bajo cuidado médico?		Si sí, ¿Cuál es el nombre del doctor?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
D. ¿Hay alguien en su casa que ha tenido un bebé en los últimos seis meses?		Si sí, ¿quién?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
E. ¿Hay alguien en su casa que está amamantando un bebé menor de 12 meses de edad?		Si sí, ¿quién?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

F. Por favor marque Sí o No si alguien en su casa recibe cualquiera de los siguientes:

Ohio Works First Cash <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?	Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?	Food Assistance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?
---	--	---

Por favor llene las líneas de abajo para cada persona en su casa quien tenga cualquier ingreso como salario, trabaja para si mismo, desempleo, SSI, Seguro Social, pensión de VA, compensación de trabajador, sustento, sustento para niño(a), o paga de gran cantidad.

Nombre	Nombre de fuente del ingreso	Cantidad de ingreso bruto (sin descontar taxes o impuestos)	Cuán a menudo se recibe
		\$	
		\$	
		\$	

**¡Importante! Usted tiene que firmar el otro lado de esta solicitud.**

Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualquier otra información pedida para llenar las reglas del programa.

intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, duración, y el propósito de los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y otros programas de asistencia médica.

Yo entiendo que esta solicitud es considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o la incapacidad.

Al firmar a continuación, yo declaro bajo pena de perjurio que hasta donde llega mi conocimiento y creencia todas las respuestas en esta solicitud son ciertas y están completas. Yo entiendo que la ley determina una penalidad/multa o cárcel (o ambos) para cualquiera convicto de aceptar asistencia sin ser elegible.

También autorizo al Departamento de Salud de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio a que

Firma del solicitante quien llenó esta solicitud	Fecha de firma
Firma de la persona quien ayudó a llenar esta solicitud	Fecha de firma

**AGENCY USE ONLY**

**Pregnancy Verification**  Medical statement attached

Medical chart location (office name)	Patient name and number	
Telephoned (name)	Agency/Business	Call date
Verification statement		

**Identification Verification**

Name (Circle one—   C   P   N   B )	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one—   C   P   N   B )	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one—   C   P   N   B )	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one—   C   P   N   B )	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Medical chart location (office name)		

**Income Verification**  Verification attached (county department of job and family services, employer, other agencies)

Check those that apply <input type="checkbox"/> OWF <input type="checkbox"/> Disability Assistance <input type="checkbox"/> Food Assistance <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Refugee		Economic unit size
Card number <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Food Assistance		Effective date
Verification statement used (document/check stub/letter) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Statement date	Income amount \$ <input type="checkbox"/> Weekly x 4.3 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.15 <input type="checkbox"/> Semimonthly x 2 <input type="checkbox"/> Monthly
Telephoned (name)	Agency/Business	Call date
Confirmed or other information		
<hr/> <hr/>		
<b>Proof of Residence</b> <input type="checkbox"/> Ohio License/ID <input type="checkbox"/> Utility/credit bill <input type="checkbox"/> WIC Reminder Card <input type="checkbox"/> Medical card/JFS document <input type="checkbox"/> Other _____		
WIC personnel signature		Date