Departamento de Salud de Ohio

Solicitud del Programa de WIC

Por favor conteste todas las preguntas en esta página.

Padre, guardián, o nombre de solicitante		Otro padre/guardián		Teléfono		☐ Casa	☐ Trabajo
						☐ Celular	☐ Dejar mensaje
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Dirección Postal (Si no es la misma dirección escrita arriba)			Ciudad	Estado	Código postal		
¿Hay alguien más en su casa embarazada, o recientemente tuvo un bebé, o un infante o un niño menor de cinco años de edad? ☐ Sí ☐ No							

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.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia 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.

También autorizo al Departamento de Salud de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio, y al Departamento de

Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio a que intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

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.

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		

AGENCY USE ONLY Identification Verification

Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number
Medicaid/OWF/SNAP verification					
WIC Personnel Signature					Date

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.