

AFIRMACIÓN DE IDENTIDAD, RESIDENCIA, INGRESOS O PÉRDIDA DE BENEFICIOS
AFFIRMATION OF IDENTITY, RESIDENCY, INCOME, OR BENEFIT LOSS

La participación en WIC es voluntaria. La información de identificación personal se utiliza para determinar la elegibilidad de WIC y puede divulgarse a otros sólo según lo permitido por las leyes estatales y federales.

Fecha:

Tutor

Identificación de la familia

Nombre del participante

Identificación del participante

Nombre del participante

Identificación del participante

AFIRMACIÓN DE IDENTIDAD/INGRESOS/RESIDENCIA: Entiendo que debo proporcionar a WIC documentación escrita como prueba del total de los ingresos del hogar, mi identidad y residencia para determinar mi elegibilidad para los beneficios de WIC.

No puedo proporcionar pruebas del total de los ingresos de mi hogar porque:

Afirmo que el ingreso bruto total (Incluyendo salarios, sustento de menores, ingresos del seguro social, propinas, compensación laboral, desempleo, etc.) es:

\$ _____ semanal cada dos semanas dos veces al mes mensual

No puedo proporcionar pruebas de mi residencia porque:

Afirmo que mi dirección es:

No puedo proporcionar pruebas de mi identidad porque:

AFIRMACIÓN DE LA PÉRDIDA DE BENEFICIOS

Fecha de la pérdida de beneficios:

Describa cómo se destruyó la comida:

Alimentos que deben ser reemplazados y fecha de compra:

Al firmar este formulario, certifico que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que hacer una declaración falsa intencionalmente o tergiversar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede resultar en la terminación del programa; pagar a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan otorgado indebidamente; y puede someterme a un proceso civil o criminal bajo la ley estatal y federal.

FIRMA – (solicitante/participante/tutor)

Fecha de la firma

FIRMA – Personal de WIC

Fecha de la firma

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.