

ACUERDO DE REEMBOLSO DEL PROGRAMA eWIC
eWIC PROGRAM REPAYMENT AGREEMENT

Yo, _____, estoy de acuerdo en reembolsar \$_____ al programa WIC por los beneficios recibidos de manera fraudulenta. Haré los pagos de acuerdo a lo programado a continuación. El no realizar los pagos según lo programado puede dar lugar a que todos los miembros de la familia sean descalificados del programa WIC hasta que se realice el pago completo.

Fecha	Cantidad	Saldo
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

FIRMA – Participante/Padre/Madre / Apoderado de WIC	Fecha de la Firma
FIRMA – Director o Persona Designada del Proyecto Local	Fecha de la Firma
Nombre del Proyecto de WIC	Número del Proyecto de WIC

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.