

Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Assistance Documentation Form (Supplement to Application for Income Eligibility)

This form should be completed if applicant indicates that no one in his/her household has any income. Section I may also be completed if the applicant receives financial assistance in addition to their income from someone who resides outside the household.

Section I. Assistance Provided to Applicant

I, _____, certify that _____
(name of person providing support) (name of applicant)

Check all that apply:

- ☐ Receives \$ _____ per month from me as a regular contribution to his/her income.
☐ Is supported by me in that I pay for his/her expenses, but I do not provide him/her with cash assistance.

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of assistance. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person providing support)

(phone number)

(date)

Section II. No Assistance Provided to Applicant

This section may be completed by any of the following persons: staff of church, legal-aid, social service agencies, school, doctor, public health nurse, and elected public officials. The above-named persons must not be related to the applicant and must not live in his/her household, and may not be employed by WIC.

To the best of my knowledge, neither _____,
(name of applicant)

nor any member of his/her household has any cash income or receives any outside assistance (non-cash).

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of income. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person completing form)

(date)

(title)

(agency/employer name)

(phone number)

(agency/employer address)

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:
(1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.



Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niño (WIC)

Forma para documentar asistencia

(Suplemento a la solicitud de elegibilidad por ingresos)

Esta forma debe llenarse si la solicitante indica que nadie en su hogar tiene ningún ingreso. La sección I también puede llenarse si la solicitante recibe asistencia financiera además de los ingresos de alguien que no vive en su hogar.

Sección I. La solicitante recibe ayuda

Yo, _____, certifico que _____
(nombre de la persona que brinda la asistencia) (nombre de la solicitante)

Marque todos los que correspondan:

- ☐ Recibe \$ _____ al mes de mí como contribución periódica a sus ingresos.
☐ Yo la apoyo pagando sus gastos, pero no le doy dinero en efectivo.

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre asistencia es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o el miembro de su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

(firma de la persona que brinda la asistencia)

(número telefónico)

(fecha)

Sección II. La solicitante no recibe ayuda

Las siguientes personas pueden llenar esta sección: personal de la iglesia, asistente legal, agencias de servicios sociales, personal de la escuela, doctor, enfermera de salud pública y empleado público elegido. Las personas mencionadas arriba no pueden ser parientes de la solicitante, no pueden vivir en su hogar y no pueden ser empleados de WIC.

A mi leal saber y entender, ni _____,
(nombre de la solicitante)

ni ninguna persona en su hogar recibe ingresos en efectivo ni ningún tipo de ayuda externa (en especie).

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre ingresos es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o la persona en su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

(firma de la persona que llena la forma)

(fecha)

(título)

(nombre de la agencia o del empleador)

(número telefónico)

(dirección de la agencia o del empleador)

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992.

Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

