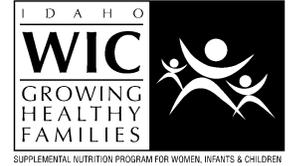


# Solicitud de Idaho Programa WIC



FECHA DE CONTACTO INICIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A – Información de contacto. Por favor complete todas las secciones de la aplicación.

<b>Adulto Responsable</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA (si lo tiene)	FECHA DE NACIMIENTO (opc.)
<b>Dirección Física</b>	CALLE	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Dirección de Correo (si es diferente)</b>	CALLE	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Teléfono</b>	DE LA CASA	DEL TRABAJO O PARA DEJAR MENSAJES			

## SECTION B – Información de la solicitud. Por favor, responda a las siguientes preguntas.

- 1) ¿Cuántas personas viven en su casa (incluya niños que están por nacer)? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Hay alguien en su casa que está recibiendo Cupones de Alimentos, TANF, Medicaid o CHIP?  no  sí
- 3) ¿Hay alguien en su casa que es un trabajador campesino migrante?  no  sí
- 4) ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? \_\_\_\_\_

**Anote a todas las personas que están solicitando los servicios de WIC. En el espacio para el nombre incluya las fechas de parto de niños por nacer.** (La información sobre la etnicidad, el sexo y la raza se usan sólo para estadísticas. No se usan para determinar elegibilidad. Si prefiere no contestar, el personal de WIC lo elegirá por usted.)

### PARA EL USO DE WIC

NOMBRE LEGAL PRIMER NOMBRE 2º. NOMBRE APELLIDO	SEXO	ETNICIDAD	RAZA (marque todas las que aplican)	NÚM. DE IDENT.
				F _____
_____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.