



FORMULARIO DE CERTIFICACION WIC DE 30 DIAS O SIN PRUEBA

Complete este formulario cuando no disponga de pruebas de ingresos, residencia o identidad. Utilice la primera columna si el solicitante no ha aportado las pruebas requeridas para el nombramiento y ofrezca una certificación temporal de 30 días. Utilice la segunda columna si el solicitante no puede aportar pruebas y ofrezca una certificación completa. Este formulario debe estar firmado y fechado por el solicitante y un miembro del personal de WIC.

Identificación del hogar: _____

Nombre: _____

Prueba De Ingresos

Declaro que los ingresos totales de mi hogar asciendan a \$ _____ por _____

☐ Hoy no he traído ningún comprobante de ingresos.

La información sobre los ingresos que declaro es correcta. Debo aportar pruebas de los ingresos de nuestra unidad familiar en un plazo de 30 días a partir de hoy o mi derecho a la ayuda finalizara y tendré que volver a solicitarla.

No puedo acreditar ingresos porque soy:

☐ Víctima de una catástrofe

☐ Sin hogar

☐ No trabajo y tengo cero ingresos

☐ Trabajador emigrante de agricultura

☐ Pago en efectivo

Comprobante de residencia

Declaro que mi dirección actual es: _____

☐ Hoy o traje prueba de domicilio.

La dirección que declare es correcta. Debo aportar un comprobante de nuestro domicilio en un plazo de 30 días a partir de hoy o mi derecho a la ayuda finalizara y tendré que volver a solicitar.

No puedo aportar un justificante de domicilio porque soy:

☐ Sin Hogar

☐ Víctima de robo, perdida o catástrofe

☐ Trabajador emigrante de agricultura

Comprobante de identidad

☐ No traje prueba de identidad para

_____ hoy.

Debo presentar una prueba de identidad en el plazo de 30 días a partir de hoy o mi derecho a la ayuda finalizara y tendré que volver a solicitarla..

No puedo aportar un justificante de domicilio porque soy:

☐ Sin Hogar

☐ Víctima de robo, perdida o catástrofe

☐ Trabajador emigrante de agricultura

Por favor, lea y firme

Entiendo que al firmar este formulario, certifico que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que si doy información falsa, se considera abuso del programa y se me puede exigir que pague el monto de mis beneficios alimentarios.

Firma de solicitante

Fecha

Firma del personal

Fecha

Nombre del personal

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.