

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)

The WIC Program receives funds from the United States Department of Agriculture (USDA). USDA policies prohibit discrimination based on race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or

2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

3. email: Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.



This institution is an equal opportunity provider.
© 2023 All rights reserved. Stock no. WIC19a Rev. 12/23

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)

El Programa WIC recibe fondos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Las políticas del USDA prohíben la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad y edad, y las represalias por actividades realizadas en defensa de los 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.

