



# Aplicación para el Programa WIC del Condado de Wood

La participación en el programa WIC es voluntaria. Completar este formulario es necesario para determinar la elegibilidad de WIC y cualquier información de identificación personal recopilada se utilizará únicamente para ese propósito. Responda a las siguientes preguntas lo mejor que sepa. Toda la información será confidencial.

¿Es usted una enfermera u otro profesional de la salud que completa este formulario para recomendar un paciente a WIC?

No  Si

¿Ha recibido alguna vez beneficios del programa WIC?

No  Si

¿Es una aplicación nueva o actualizada?

Nueva  Actualizar

Lugar de cita preferido

Wisconsin Rapids  Marshfield

Su nombre \_\_\_\_\_ Su apellido \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pronombres?

Él/Him/His  Ella/Su/Suyos  Ellos/Ellas/Ellos  Ze/Zir/Zirs  Ze/Hir/Hirs

Apellido(s) anterior(es) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Número de miembros de su familia (incluido usted) \_\_\_\_\_

Ingresos del hogar por:

Semana \$ \_\_\_\_\_ 2 semanas \$ \_\_\_\_\_ Mes \$ \_\_\_\_\_ Año \$ \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?

No  Si

¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?

No  Si

¿Está amamantando a un bebé menor de un año?

No  Si

Nombre, sexo y fecha de nacimiento de cada uno de sus hijos menores de 5 años

Niño(a) 1

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo  H  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Segundo hijo(a) 2

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo  H  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Hijo(a) 3

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo  H  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Niño(a) 4

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo  H  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Niño(a) 5

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo  H  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Desea un intérprete para su cita WIC?  No  Si

Si solicita un intérprete, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

WIC: Nondiscrimination Statement: <https://www.dhs.wisconsin.gov/wic/non-discrimination.htm>

**Presentar solicitud:**

Wood County Health Department

River Block Building - 3<sup>rd</sup> Floor

111 W. Jackson St, Wisconsin Rapids, WI 54495

\*Al completar la solicitud de WIC, espere una llamada telefónica de su agencia WIC local. Si necesita asistencia inmediata, puede llamar al 715-421-8950 para hablar con un miembro del personal de WIC.