

Cuestionario del programa WIC sobre los ingresos

Su cita es el _____. Llene este formulario **antes** de ir a su cita con el programa WIC, y tráigalo con usted. Si la sección I o sección II no se aplican a usted, vaya al reverso y rellene la sección III. Si necesita ayuda para llenar este formulario, o si no sabe qué es lo que debe traer consigo a su cita, llame a la oficina del programa WIC al _____.

Sección I. Medicaid, Estampillas para comida o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- recibe Medicaid, Estampillas para comida o TANF, o
- vive en una unidad familiar donde alguna de las personas reciben TANF o
- vive en una unidad familiar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid

Marque "Sí" o "No" al contestar las preguntas 1 y 2.

1. ¿Recibe(n) Medicaid, Estampillas para comida o TANF la(s) persona(s) que solicita(n) WIC para el mes en que tiene su cita? Si contesta "Sí", ponga en la línea a continuación los nombres de todas las personas y todos los beneficios que reciben del programa (por ejemplo: Tomás - Medicaid). _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Recibe TANF alguna persona en su unidad familiar, o vive en su unidad familiar una mujer embarazada o un bebé que recibe Medicaid para el mes en que tiene su cita? Si contesta "Sí", ponga en la línea a continuación los nombres de todas las personas y todos los beneficios que reciben del programa (por ejemplo: María - TANF). _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si usted contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, la única información necesaria sobre los ingresos es la carta de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, para el mes de su cita.

Certifico que es correcta toda la información que he proporcionado.

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres / tutor legal **Firma del solicitante o de uno de los padres / tutor legal** **Fecha**

Sección II. Cuidado temporal (foster care)

Llene esta sección si la persona que solicita WIC está en cuidado temporal.

Marque "Sí" o "No" al contestar las preguntas 1 y 2.

1. ¿Recibe el solicitante en cuidado temporal Medicaid para el mes en que tiene su cita?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene el padre / la madre de cuidado temporal una carta de colocación en cuidado temporal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si usted contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, la única información necesaria sobre los ingresos es la carta de Medicaid para el mes de su cita O la carta de colocación en cuidado temporal.

Certifico que es correcta toda la información que he proporcionado.

Nombre en letra de molde de uno de los padres de cuidado temporal **Firma de uno de los padres de cuidado temporal** **Fecha**

Sección III. No recibe beneficios de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, o que no esta en cuidado temporal (foster care)

Llene esta sección si la persona que solicita WIC no recibe beneficios de Medicaid, Estampillas para comida o TANF, o no está en cuidado temporal.

- Marque "Sí" o "No" para todas las preguntas a continuación.
- Si usted contesta "Sí" a alguna de las preguntas 1 a 6, traiga a su cita con el programa WIC prueba de **todas** las fuentes de ingresos.
- Si contesta "No" a todas las preguntas a continuación, llame a la oficina de WIC para enterarse de lo que necesita traer consigo.
- Asegúrese que la información que usted trae muestre los ingresos **brutos (ingresos antes de deducciones)** mensuales **USUALES** de su unidad familiar.

1. ¿Trabaja usted? Si contesta "Sí" y tiene más de un empleo, traiga los talones de sueldo para cada uno de los empleos (que tienen fecha dentro de los 60 días antes de su cita).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Trabaja alguien más que vive con usted? Si contesta "Sí", traiga los talones de sueldo para cada uno de los empleos (que tienen fecha dentro de los 60 días antes de su cita.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Recibe usted o alguna persona que vive con usted alguna de las cosas indicadas en a-g a continuación? Si contesta "Sí," traiga prueba de ésta (que tiene fecha dentro de los 60 días antes de su cita).		
a. ¿Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income [SSI]) / ingresos del seguro de discapacidad? (Si se necesita una copia de la carta de asignación, llame al 1-800-772-1213.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Cheque de Seguro Social? (Si se necesita una copia de la carta de asignación, llame al 1-800-772-1213.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Pensiones / cheque de jubilación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. ¿Cheque por desempleo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. ¿Cheque de compensación al trabajador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. ¿Dinero o apoyo financiero de padres, parientes, amigos, o de cualquier otra fuente regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. ¿Dinero para la manutención de niños? Si contesta "Sí", ¿es la manutención de niño: ordenada por la corte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
pagada a través de la corte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
pagada cada mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguna persona que vive con usted otra cantidad de dinero que no aparece en la lista de arriba (p.ej., herencia, premios de la lotería) ? Si contesta "Sí", sírvase indicarlo aquí y traiga prueba de esta fuente de ingresos _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted o alguien que viva con usted está ausente del trabajo sin paga, recibe paga reducida o se amparó bajo la Ley de Ausencias Familiares o Médicas (Family and Medical Leave Act [FMLA])?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Usted o alguien que viva con usted actualmente usa alguna otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente para mantenerse o mantener a su familia? Fuente de ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Toda la información proporcionada refleja los ingresos brutos (antes de deducciones) mensuales USUALES de mi unidad familiar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Al firmar este formulario, certifico que es correcta toda la información que he proporcionado. Certifico que he informado al personal del programa WIC sobre **TODAS** las fuentes de ingresos que reciben todos los miembros de mi unidad familiar (esto incluye a todas las personas que viven conmigo). Toda la información que he proporcionado refleja los ingresos brutos (ingresos antes de deducciones) mensuales **USUALES** de mi unidad familiar. Entiendo que es posible que la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission) verifique los ingresos de mi unidad familiar.

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres / tutor legal Firma del solicitante o de uno de los padres / tutor legal Fecha

