

WIC Program Income Screening

| Household Members | D.O.B. | Social Security No. | Employer's Name | Employer's Address (physical or city) | Gross Income* (before deductions) Include income of all household members. |
|-------------------|--------|---------------------|-----------------|---------------------------------------|--|
| P/G #1 | | | | | |
| P/G #2 | | | | | |
| Participant #1 | | | | | |
| Participant #2 | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| Participant/Other | | | | | |
| | | | | | Total |

*Refer to Policy CS:0.9 for definition of "income."

Income Checked by _____
Staff Signature

_____ Date _____
Phone Verification

_____ Name of contact _____

I have been advised of my rights and obligations under the WIC program. By signing this form, I certify that all information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge. This certification form is being submitted in connection with the receipt of federal assistance. WIC program officials may verify information including income and date of birth. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally omitting or withholding facts may result in my paying the state, in cash, the value of food benefits improperly issued and that I and/or my household members can be removed from WIC or criminally prosecuted or both.

Se me ha notificado de mis derechos y obligaciones bajo el programa de WIC. Con mi firma certifico, hasta donde tengo conocimiento, que es verdadera toda la información que proporcioné para calificar al programa. Esta forma de certificación se entregará al recibir la asistencia federal. Los oficiales de WIC pueden verificar la información incluyendo ingresos y fecha de nacimiento. Entiendo que el hecho de falsificar o usar información engañosa, así como omitir intencionalmente datos, puede resultar en el re-embolso con dinero al contado para el estado por el valor de los alimentos distribuidos equivocadamente. Además, yo y/u otros miembros de la casa podemos ser removidos del programa WIC, se nos puede aplicar todo el rigor de la ley o ambos.

Revelar su número de seguro social o el de sus dependientes es voluntario de manera que los servicios de WIC no se le pueden negar por no proporcionarlos. Los números de seguro social se piden de acuerdo con 42 U.S.C. 405 (c)(2)(C)(i), la regla 7CFR246.7(d)(2)(v) y la póliza de WIC CS: 13.0 para verificar la información que usted ha proporcionado y para evitar la participación doble de acuerdo con los requisitos de la regla 7CFR246.7(l).

El Comisionado del Departamento Estatal de Servicios de Salud ha autorizado la revelación de cierta información que usted ha proporcionado a las instituciones benéficas ("welfare") y de salud (como los nombrados en la lista de la página adjunta) que sirven para las personas que califican categóricamente para WIC. Estas agencias usarán su información solamente para: (1) determinar si califica para los programas que administra o (2) reclutar a más personas para tales programas.

Disclosure of your Social Security number and that of your dependents is voluntary and WIC services will not be denied if you fail to do so. Social Security numbers are collected in accordance with 42 U.S.C. 405(c)(2)(C)(i), 7CFR246.7(d)(2)(v) and WIC Policy CS: 13.0 to verify information you have provided and to guard against dual participation as required by 7CFR246.7(l).

The Commissioner, Department of State Health Services, has authorized disclosure of certain information you have provided to designated health or welfare agencies (as listed on the attached page) that serve persons categorically eligible for WIC. These agencies will use your information only to (1) determine your eligibility for programs they administer or (2) conduct outreach for such programs.

_____ Applicant's or Parent's/Guardian's Signature (Firma de solicitante o padre/tutor)

_____ Date (Fecha)