

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Forma para comprobar el domicilio

Section A Third-Party Verifier

Cualquiera de las siguientes personas puede llenar esta sección: personal de la iglesia, asistente legal, abogado, personal de agencias de servicio social, personal escolar, enfermera de salud pública, doctor o funcionario público electo. La persona antes nombrada no puede ser un empleado del programa WIC, un familiar del solicitante ni un miembro de la unidad familiar del solicitante.

Certifico que _____ vive en el siguiente lugar
(nombre del solicitante o padre, tutor o cuidador)

de manera permanente (siete días de la semana):

Lugar/dirección: _____

Firma

Fecha

Título

Organización o Agencia

Teléfono: _____

Section B Map

Esta sección debe llenarse si no existen pruebas por escrito del domicilio o si el domicilio de la familia no tiene una dirección designada. **Se tiene que anexar un mapa, o un mapa dibujado a mano, que indique el lugar de residencia.**

Entiendo que dar información falsa a WIC es suficiente razón para que me den de baja del programa de WIC. No recibo ninguna correspondencia con una dirección física o un número de ruta rural.

Dé instrucciones para llegar adonde vive:

Firma del solicitante o padre, tutor o cuidador

Fecha

Section C Letter and Proof

Esta sección debe llenarse si el solicitante indica que vive con otra persona y que no tiene pruebas de su domicilio a su nombre.

Se tiene que entregar a WIC un estado de cuenta de servicios públicos o cualquier otra forma aceptable de prueba por escrito del domicilio que tenga el nombre y la dirección de la persona que proporciona el domicilio.

Yo, _____, certifico que
(nombre de la persona que proporciona el domicilio)

_____ vive en mi domicilio de manera permanente.
(nombre del solicitante o padre, tutor o cuidador)

Dirección: _____

Teléfono (si lo hay): _____

Firma de la persona que proporciona el domicilio

Fecha