

Departamento de Salud de Ohio

Solicitud del Programa de WIC

Por favor conteste todas las preguntas en esta página.

A. Padre, guardián, o nombre de solicitante		Teléfono		
		<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección Postal (Si no es la misma dirección escrita arriba)	Ciudad	Estado	Código postal	

En la sección de abajo por favor liste todas las personas que viven en su casa.

B.	1.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted Yo mismo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
	2.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
	3.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
	4.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
	5.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
	6.	Nombre-primero, segundo, apellido	Relación con usted	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día de Nacimiento / /
		Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de otra Isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano	Si está embarazada: número de bebés sin haber nacido todavía	Día de dar parto / /
C.	¿Si alguien en su casa está embarazada, está ella bajo cuidado médico? Si sí, ¿Cuál es el nombre del doctor?				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
D.	¿Hay alguien en su casa que ha tenido un bebé en los últimos seis meses? Si sí, ¿quién?				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
E.	¿Hay alguien en su casa que está amamantando un bebé menor de 12 meses de edad? Si sí, ¿quién?				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

F. Por favor marque Sí o No si alguien en su casa recibe cualquiera de los siguientes:

Ohio Works First Cash <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?	Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?	Food Assistance <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿quién?
---	--	---

Por favor llene las líneas de abajo para cada persona en su casa quien tenga cualquier ingreso como salario, trabaja para si mismo, desempleo, SSI, Seguro Social, pensión de VA, compensación de trabajador, sustento, sustento para niño(a), o paga de gran cantidad.

Nombre	Nombre de fuente del ingreso	Cantidad de ingreso bruto (sin descontar taxes o impuestos)	Cuán a menudo se recibe
		\$	
		\$	
		\$	

Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualquier otra información pedida para llenar las reglas del programa.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, duración, y el propósito de los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y otros programas de asistencia médica.

También autorizo al Departamento de Salud de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio, y al Departamento de Trabajo y Servicios a la

Familia de Ohio a que intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

Yo entiendo que esta solicitud es considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o la incapacidad.

Al firmar a continuación, yo declaro bajo pena de perjurio que hasta donde llega mi conocimiento y creencia todas las respuestas en esta solicitud son ciertas y están completas. Yo entiendo que la ley determina una penalidad/multa o cárcel (o ambos) para cualquiera convicto de aceptar asistencia sin ser elegible.

Firma del solicitante quien llenó esta solicitud	Fecha de firma
Firma de la persona quien ayudó a llenar esta solicitud	Fecha de firma

AGENCY USE ONLY

Pregnancy Verification

Medical statement attached

Medical chart location (office name)	Patient name and number	
Telephoned (name)	Agency/Business	Call date
Verification statement		

Identification Verification

Name (Circle one— I C P N B)	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one— I C P N B)	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one— I C P N B)	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (Circle one— I C P N B)	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Medical chart location (office name)		

Income Verification

Verification attached (county department of job and family services, employer, other agencies)

Check those that apply		Economic unit size	
<input type="checkbox"/> OWF	<input type="checkbox"/> Disability Financial Assistance	<input type="checkbox"/> Food Assistance	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Refugee
Card number		<input type="checkbox"/> Benefits Notice/Printout <input type="checkbox"/> Provider Information Line <input type="checkbox"/> MITS or EBT Portal	Effective date
Verification statement used (document/check stub/letter) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Statement date	Income amount \$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi Weekly <input type="checkbox"/> Semimonthly <input type="checkbox"/> Monthly
Telephoned (name)	Agency/Business	Call date	
Confirmed or other information _____ _____			

Proof of Residence

Ohio License/ID Utility/credit bill WIC Reminder Card Medical card/JFS document Other _____

WIC personnel signature	Date
-------------------------	------