

**Connecticut WIC Program
Consent to Release Participant Information to the
Connecticut Consumer Protection Agency**

I _____ as a participant/parent/ or legal caretaker of a participant of the WIC Program, consent to the release of my name, telephone number, and address by the WIC Program to the **State of Connecticut Consumer Protection Agency** for the purposes of following up on formula testing results.

Signature of participant/parent /legal caretaker of participant Date

Witness Date

**Connecticut WIC Program
Consent to Release Participant Information to the
Connecticut Consumer Protection Agency**

**Program WIC de Connecticut
Cosentimiento para la Cesión de Información Sobre Participantes de
WIC a la Agencia de Protección al Consumidor
(Agency of Consumer Protection del Estado de Connecticut)**

Yo _____ como
participante/madre/padre o guardián legal de un participante del Program WIC,
doy mi consentimiento al Program WIC para proporcionar información sobre mi
nombre, número de teléfono, y dirección a la **Agencia de Protección al
Consumidor del Estado de Connecticut** (State of Connecticut Consumer
Protection Agency) para facilitar los resultados de cualquier test/prueba de
fórmula infantil.

Firma del/de la participante/madre/padre/guardián legal de un participante del
Program WIC

Fecha_____

Testigo

Fecha_____