



Revised 1/2021

Estado de Connecticut Departamento De Salud Publica
Programa WIC

Formulario de Verificación

Nombre de la Persona Autorizada: _____ Familia ID# _____

Nombre del Participante: _____ Participante ID # _____

El programa WIC requiere de pruebas de identidad, residencia e ingresos para poder proporcionar los servicios del programa a los participantes que son elegibles. Los formularios de verificación sirven para asistir a los aplicantes que no pueden proporcionar pruebas de esta información, con la oportunidad de tener a una tercera persona para que proporcione una carta en la cual confirme la identidad del individuo, su lugar de residencia y/o sus ingresos.

Por favor complete lo siguiente:

Escriba en imprenta su nombre: _____ Firma: _____

Agencia/Organización: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

Nombre de las personas / miembros de la familia aplicando para el WIC:

Table with 2 columns and 3 rows for listing family members (1-6).

Marque la casilla al lado de los requerimientos de los cuales está proporcionando comprobantes, y escriba una declaración detallada que apoya la situación del solicitante:

Table with 3 columns: Identidad, Residencia, Ingresos (Indique la cantidad y la frecuencia)

Declaración: _____

Declaración: _____

APROBADO RECHAZADO
Trabajador: _____ (Firma) _____ (Título) _____ (Fecha)

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.