

**Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niño (WIC)  
Forma para documentar asistencia  
(Suplemento a la solicitud de elegibilidad por ingresos)**

Esta forma debe llenarse si la solicitante indica que nadie en su hogar tiene ningún ingreso. La sección I también puede llenarse si la solicitante recibe asistencia financiera además de los ingresos de alguien que no vive en su hogar.

**Sección I. La solicitante recibe ayuda**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que \_\_\_\_\_  
(firma de la persona que brinda la asistencia) (nombre de la solicitante)

Marque todos los que correspondan:

- Recibe \$ \_\_\_\_\_ al mes de mí como contribución periódica a sus ingresos.
- Yo la apoyo pagando sus gastos, pero no le doy dinero en efectivo.

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre asistencia es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o el miembro de su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

\_\_\_\_\_  
(firma de la persona que brinda la asistencia) (número telefónico) (fecha)

**Sección II. La solicitante no recibe ayuda**

**Las siguientes personas pueden llenar esta sección: personal de la iglesia, asistente legal, agencias de servicios sociales, personal de la escuela, doctor, enfermera de salud pública y empleado público elegido. Las personas mencionadas arriba no pueden ser parientes de la solicitante, no pueden vivir en su hogar y no pueden ser empleados de WIC.**

A mi leal saber y entender, ni \_\_\_\_\_, ni ninguna persona en  
(nombre de la solicitante)  
su hogar recibe ingresos en efectivo ni ningún tipo de ayuda externa (en especie).

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre ingresos es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o la persona en su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

\_\_\_\_\_  
(firma de la persona que llena la forma) (fecha)  
\_\_\_\_\_  
(título) (nombre de la agencia o del empleador)  
\_\_\_\_\_  
(número telefónico) (dirección de la agencia o del empleador)

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.  
© 2015 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sección de Servicios de Nutrición.  
Todos los derechos reservados.

