

California WIC Program Self Declaration Statement

Proof of Income (Check applicable situation)

I did not bring proof of income today. The income information I am declaring today is correct. I must bring proof of my income within 30 days of today or my certification will end, and I will not get any more WIC benefits.

I cannot provide proof of my income because I am: A disaster victim Paid in cash
 A migrant farm worker Homeless

I declare my total gross household annual income is \$ _____ per _____

Proof of Address (Check applicable situation)

I did not bring my proof of address today. The address information I am declaring today is correct. I must bring proof of my address within 30 days of today or my certification will end, and I will not get any more WIC benefits.

I cannot provide proof of address because I am: A disaster victim A resident of a remote Indian or Native village
 A migrant farm worker A resident of a rural location where there is no mail delivery
 Homeless

I declare my current address is: _____

Proof of Identification (Check applicable situation)

I did not bring proof of identification today for: _____

The identification information I am declaring today is correct. I must bring proof of identification within 30 days of today or my certification will end, and I will not get any more WIC benefits.

I cannot provide proof of identification because I am: A disaster victim A migrant farm worker Homeless

I certify that all of the above information is true and correct. I understand that this information is to be used to determine WIC Program eligibility. I also understand that if I intentionally misrepresent, conceal or withhold facts, I may be prosecuted under State law and shall have to repay benefits received.

The information requested on this form is required by the California Department of Public Health, Women, Infants and Children (WIC) Program and is mandatory to determine WIC Program eligibility. Any unauthorized review, use, disclosure or distribution of this information is prohibited. The information used to determine WIC Program eligibility will be kept confidential and on file at the WIC office. You have the right to review the information during normal business hours by calling your local WIC agency.

WIC Family ID: _____

Family Representative: _____

Date: _____

Signature of Family Representative/Caretaker

[WIC Staff User ID]



Declaración de datos personales para el Programa WIC de California

Comprobantes de ingresos (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mis comprobantes de ingresos. La información que estoy dando el día de hoy sobre mis ingresos es correcta. Debo traer mis comprobantes de ingresos en un plazo de 30 días o mi certificación se cancelará **y no recibiré** más beneficios de WIC.

No puedo presentar mis comprobantes de ingresos porque:

- Soy víctima de un desastre
- Me pagan en efectivo
- Soy un trabajador agrícola migrante
- Soy una persona sin hogar

Declaro que mis ingresos domésticos brutos y totales son de \$ _____ al _____

Comprobante de domicilio (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje mi comprobante de domicilio. La información que estoy dando el día de hoy sobre mi domicilio es correcta. Debo traer mi comprobante de domicilio en un plazo de 30 días o mi certificación se cancelará **y no recibiré** más beneficios de WIC.

No puedo presentar comprobante de domicilio porque:

- Soy víctima de un desastre
- Soy habitante de un pueblo indio o nativo muy retirado
- Vivo en una zona rural en la que no hay servicio de correos
- Soy un trabajador agrícola migrante
- Soy una persona sin hogar

Declaro que mi dirección actuales: _____

Comprobante de Identificación (Marque la situación que corresponda)

Hoy no traje identificación para: _____

La información que estoy dando el día de hoy sobre mi identificación es correcta. Debo traer identificación en un plazo de 30 días o mi certificación se cancelará **y no recibiré** más beneficios de WIC.

No puedo presentar una identificación porque soy:

- Víctima de un desastre
- Un trabajador agrícola migrante
- Una persona sin hogar

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para el Programa WIC. También entiendo que, si de manera intencional hago una declaración falsa, u oculto o retengo información sobre algún hecho, se podrían emprender acciones legales en mi contra conforme a la ley estatal y tendré que pagar por los beneficios que recibí.

La información solicitada en este formulario es requerida por el Departamento de Salud Pública de California, el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y es obligatorio para determinar la elegibilidad para el Programa de WIC. Cualquier revisión, uso, revelación o distribución de esta información no autorizada, está prohibido. La información usada para determinar la elegibilidad para el Programa de WIC será confidencial y se guardará en un expediente en la oficina de WIC. Usted tiene derecho a revisar la información en el horario de oficina; para hacerlo, llame a su agencia local de WIC.

Identificación familiar de WIC: _____

Representante de la familia: _____

Fecha: _____

Firma del representante de la familia o guardián

[WIC Staff User ID]

