

Una Cita para: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Traiga a la cita:

- La persona nombrada arriba.
- Prueba de sus ingresos en total:** Una copia de su cheque, Impuestos formulario, Manutención de menores.
- Verificación de MFIP, Estampillas de comida (SNAP), Asistencia médica (MA o MNCare).**
- Verificación de su residencia.** Empresa de servicio público cuenta, un recibo de su renta u otro documento.
- Documentos de identificación:** Foto ID. Pasaporte, acta de nacimiento, tarjeta del seguro social, etc.
- Mande esta aplicación a la dirección a la derecha.

WIC

Women, Infants, and Children
 Wright County Community Action
 130 West Division St. PO Box 787
 Maple Lake MN 55358
 TDD 1-800-627-3529
 Phone: 320-963-6500
wcca@wccaweb.com



Nombre del Padre/tutor(a) _____ Número de teléfono _____ Condado _____

Dirección/Domicilio _____
 (Calle y apartado de correos) (Ciudad) (Código Postal)

El Nombre(s) de persona(s) que cita de WIC es para:	Fecha de Nacimiento	Mujer o Hombre	Relación a la persona que está aplicando (Guardián, amigo, niño, o si mismo)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

LOS INGRESOS BRUTOS: Los ingresos antes de deducciones. Incluya los ingresos totales dentro de su casa.

Salario por hora	\$	Horas cada semana		o Salario cada mes	\$	Total de Ingresos	\$
Salario por hora	\$	Horas cada semana		o Salario cada mes	\$		
Desempleo	\$	Manutención de menores	\$	MFIP/Estampillas de comida (SNAP)	\$		
Seguro Social	\$	Otra ingresos	\$				

Llene por favor los blancos:

¿Usted estaba en WIC antes? Cuando: _____ Donde: _____
 ¿Alguien en su hogar paga manutención para niños que no vive con usted? Cuantos: _____ (Inclúyalos en tamaño de familia abajo.)
 La Familia/El Tamaño de la hogar: _____ (Si embarazada incluye # de fetos) La gente en la familia puede ser relacionado o no relacionado y la acción en el consumo del mismo bienes y los servicios. Niños en acogidas es una familia de uno.
 ¿Cuántos miembros de la casa tienen el seguro médico? _____ ¿Cuántos no tienen seguro médico? _____
 Si su familia tiene enfermedad, por favor círculo de seguro de enfermedad: **Asistencia Médica/ El Cuidado de MN/El Seguro Privado**

Uso de Programa de WCCA:

Por Favor, marca su respuesta (✓).

Tipo de familia: Solo padre/hembra _____ Solo padre/masculino _____ Dos padres _____
 Menor con padres/tutor(a) _____ Padres de acogidas _____
 Situación de la vivienda: Alquiler _____ tener una casa/ _____ Sin hogar _____ Viva con padre o tutor _____ Otro _____

*Último grado completo	1) 0 - 8	2) 9-12 (No gradúa la escuela secundaria)	3) Graduado escuela secundaria	4) 12 y alguna universidad	5) 2-4 Graduado de la universidad de 2-4 años
------------------------	----------	---	--------------------------------	----------------------------	---

Por favor marca otros programas de WCCA de que le gustaría más información (✓)

La exclusión asesoramiento de prevención	La Ventaja	Weatherization	Reparaciones del hogar préstamos	Formación Buscador de Compradores
Head Start	Ayuda De Energía	Presupuestar de familia	El alimento, la habitación de la ropa	Navegador de MNSure

Advertir de Tennessee

Estos datos se están coleccionado para verificar la elegibilidad del programa y para proporcionar WCCA la información necesario para completar los regales del estado y los informes federales también necesidades de la agencia y estudios demográficos. Usted está legalmente obligado proporcionar esta información para certificar la elegibilidad del programa. WCCA puede compartir algunos de esta información con agencias de la gobierno y organización público como permitido por la ley debajo el Estado y el Acto Federal de Practicas de Datos.

Entiendo la advertencia indicado encima y certifico que la información que he proporcionado es verdad al mejor de mi conocimiento.

 Firma Fecha