

Cuestionario de WIC sobre ingresos

La fecha de su cita es el _____. Llene esta forma antes de la cita y llévela con usted. Si las Secciones I y II no tienen que ver con usted, voltee la hoja y llene la Sección III. Si necesita ayuda para llenar esta forma, o si no sabe qué llevar a la cita, llame a la oficina de WIC al _____.

Sección I. Beneficios de Medicaid, Programa SNAP o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF, o
- vive en un hogar donde alguien recibe TANF, o
- vive en un hogar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas a continuación.

- | | |
|--|---|
| 1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid la persona que solicita beneficios de WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Para el mes de la cita, ¿recibirá beneficios del Programa SNAP la persona que solicita WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF la persona que solicita beneficios de WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF alguien del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar una mujer embarazada que recibe Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar un bebé menor de 12 meses que recibe Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si contesta "Sí" a una de las preguntas, la única información necesaria sobre ingresos es la tarjeta de Your Texas Benefits o la forma de Medicaid o la hoja impresa de <https://www.yourtexasbenefitscard.com> o la carta del Programa SNAP o de TANF del mes en que tiene la cita.

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

Firma del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado

Nombre del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado en letra de molde

Fecha

Sección II. Colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC se encuentra en una colocación por el DFPS:

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas 1 y 2.

- | | |
|---|---|
| 1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid el solicitante? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Tiene esa persona una carta de colocación por el DFPS? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si contesta "Sí" a una de las preguntas, lleve la tarjeta de Your Texas Benefits o la forma de Medicaid o la hoja impresa de <https://www.yourtexasbenefitscard.com> o la carta del Programa SNAP o de TANF del mes en que tiene la cita.

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

Firma del padre temporal

Nombre del padre temporal en letra de molde

Fecha

Sección III. No recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, o no está en una colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC no recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, y no está en una colocación por el DFPS

- Marque “Sí” o “No” para contestar todas las preguntas a continuación.
- Si contesta “Sí” a una de las preguntas del 1 al 6, lleve pruebas de todas las fuentes de ingresos a la cita de WIC.
- Si contesta “No” a todas las preguntas a continuación, llame a la oficina de WIC o pregúntele al personal de WIC qué necesita llevar.
- Asegúrese de llevar la información que muestra los ingresos USUALES brutos (antes de las deducciones).

1. ¿Trabaja? Si contesta “Sí” y tiene más de un trabajo, lleve los talones de los cheques de pago (ej., pago semanal, lleve 4 talones de cheques, con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita) de cada trabajo. Si empezó un nuevo trabajo y no ha recibido su primer cheque de pago, por favor presente una declaración firmada y fechada por su empleador con el cálculo del pago bruto que recibirá por el periodo de pago.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

2. ¿Trabaja alguna persona que vive con usted? Si contesta “Sí”, lleve los talones de los cheques de pago (ej., pago semanal, lleve 4 talones de cheques, con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita) de cada trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

3. ¿Recibe usted o alguien que vive con usted algunos de los ingresos de la lista a continuación? Si contesta “Sí”, lleve las pruebas (con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita).

a.) Ingresos de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o por discapacidad para el año en curso (Si necesita una copia de la carta de concesión, llame al 1-800-772-1213).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

b.) Cheque de pensión o jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------------	---

c.) Cheque de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	---

d.) Cheque de indemnización laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	---

e.) Dinero o apoyo económico periódico de padres, parientes, amigos o de otra fuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

f.) Manutención de niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad _____ ¿La recibe cada mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La recibe cada semana?.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona que paga la manutención _____ Teléfono: _____ (si lo sabe)

4. En los últimos 30 días, ¿recibió usted o alguien que vive con usted otro dinero que no se menciona en la lista anterior? Si contesta “Sí”, por favor, escríbalo aquí y lleve la prueba de esta fuente de ingresos (por ejemplo, herencia, donación monetaria, premio de la lotería) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

5. ¿Está de licencia sin paga o con pago reducido usted o alguien que vive con usted, o está tomando una licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)? (Lleve el talón de cheque más reciente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

6. ¿Utiliza usted o alguien que vive con usted otra fuente de ingresos que no se mencionó antes para mantenerse o mantener a su familia? Fuente de ingresos: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

7. Toda la información que he dado refleja los ingresos USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Al firmar esta forma, certifico que toda la información que he dado es correcta. Certifico que he informado al personal de WIC sobre TODAS las fuentes de los ingresos recibidos por todos los miembros de mi hogar (esto incluye a todas las personas que viven conmigo). La información que he dado refleja fielmente los ingresos USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones). Entiendo que es posible que verifiquen los ingresos del hogar con la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

Firma del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado *Nombre del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado en letra de molde* *Fecha*

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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 lleno o carta al USDA por:

