



Department of Health

Women, Infants, and Children Program (WIC)

Departamento de Salud de Ohio Solicitud del Programa de WIC

Por favor conteste todas las preguntas en esta página.

Padre, guardián, o nombre de solicitante		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Dejar mensaje		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección Postal (Si no es la misma dirección escrita arriba)	Ciudad	Estado	Código postal	
¿Hay alguien mas en su casa embarazada, o recientemente tuvo un bebé o un infante o un niño menor de cinco años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualquier otra información pedida para llenar las reglas del programa.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, duración, y el propósito de los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y otros programas de asistencia médica.

También autorizo al Departamento de Salud de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio, y al Departamento de Trabajo y Servicios a la

Familia de Ohio a que intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

Yo entiendo que esta solicitud es considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o la incapacidad.

Al firmar a continuación, yo declaro bajo pena de perjurio que hasta donde llega mi conocimiento y creencia todas las respuestas en esta solicitud son ciertas y están completas. Yo entiendo que la ley determina una penalidad/multa o cárcel (o ambos) para cualquiera convicto de aceptar asistencia sin ser elegible.

Firma del solicitante quien llenó esta solicitud	Fecha de firma
Firma de la persona quien ayudó a llenar esta solicitud	Fecha de firma

AGENCY USE ONLY

Pregnancy Verification Medical statement attached

Medical chart location (office name)	Patient name and number		
Telephoned (name)	Agency/Business	Call date	
Verification statement			

Identification Verification

Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number	Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number	Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number	Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number	Name (I C P N B) <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Exempt	Document type or number
Medicaid/OWF/SNAP verification			
WIC Personnel Signature			Date

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Departamento de Salud de Ohio

Adenda de la Solicitud del Programa de WIC

Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualquier otra información pedida para llenar las reglas del programa.

y al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio a que intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, duración, y el propósito de los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y otros programas de asistencia médica.

Yo entiendo que esta solicitud es considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o la incapacidad.

Al firmar a continuación, yo declaro bajo pena de perjurio que hasta donde llega mi conocimiento y creencia todas las respuestas en esta solicitud son ciertas y están completas. Yo entiendo que la ley determina una penalidad/multa o cárcel (o ambos) para cualquiera convicto de aceptar asistencia sin ser elegible.

Tambien autorizo al Departamento de Salud de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio,

Yo estoy pidiendo que mis servicios continuen.

Yo he revisado y actualizado la información desde miúltima aplicación. Sí No

Table with 2 columns: Firma del solicitante quien llenó esta solicitud, Fecha de firma. Includes a second row for the person who helped fill out the form.

Identification Verification

Table with 4 columns for Name (I C P N B) and Document type or number, each with Present/Exempt checkboxes. Includes Medicaid/OWF/SNAP verification and WIC Personnel Signature/Date fields.

HEA 4473 06/2024

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Departamento de Salud de Ohio

Adenda de la Solicitud del Programa de WIC

Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualquier otra información pedida para llenar las reglas del programa.

y al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio a que intercambien cualquier información que yo he proporcionado en esta solicitud para permitirles a los departamentos a que determinen mi elegibilidad.

Yo autorizo a cualquier persona que me suministre cuidados médicos o suministros médicos a que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, duración, y el propósito de los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y otros programas de asistencia médica.

Yo entiendo que esta solicitud es considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o la incapacidad.

Al firmar a continuación, yo declaro bajo pena de perjurio que hasta donde llega mi conocimiento y creencia todas las respuestas en esta solicitud son ciertas y están completas. Yo entiendo que la ley determina una penalidad/multa o cárcel (o ambos) para cualquiera convicto de aceptar asistencia sin ser elegible.

Tambien autorizo al Departamento de Salud de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio,

Yo estoy pidiendo que mis servicios continuen.

Yo he revisado y actualizado la información desde miúltima aplicación. Sí No

Table with 2 columns: Firma del solicitante quien llenó esta solicitud, Fecha de firma. Includes a second row for the person who helped fill out the form.

Identification Verification

Table with 4 columns for Name (I C P N B) and Document type or number, each with Present/Exempt checkboxes. Includes Medicaid/OWF/SNAP verification and WIC Personnel Signature/Date fields.

HEA 4473 06/2024

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.