

Aplicación para el Programa WIC del Condado de Wood

La participación en el programa WIC es voluntaria. Completar este formulario es necesario para

determinar la elegibilidad de WIC y cualquier información de identificación personal recopilada se

utilizará únicamente para ese propósito. Responda a las siguientes preguntas lo mejor que sepa. Toda la información será confidencial.

¿Es usted una enfermera u otro profesional de la salud que completa este formulario para recomendar un paciente a WIC?

 [ ]  No [ ]  Si

¿Ha recibido alguna vez beneficios del programa WIC?

[ ]  No [ ]  Si

¿Es una aplicación nueva o actualizada?

[ ]  Nueva [ ]  Actualizar

Lugar de cita preferido

[ ]  Wisconsin Rapids [ ]  Marshfield

Su nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Su apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pronombres?

[ ]  Él/Him/His [ ]  Ella/Su/Suyos [ ]  Ellos/Ellas/Ellos [ ]  Ze/Zir/Zirs [ ]  Ze/Hir/Hirs

Apellido(s) anterior(es) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono diurno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número de miembros de su familia (incluido usted) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingresos del hogar por:

Semana $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 semanas $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Updated 5/21/2024

¿Está embarazada?

[ ]  No [ ]  Si

¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?

[ ]  No [ ]  Si

 ¿Está amamantando a un bebé menor de un año?

 [ ]  No [ ]  Si

Nombre, sexo y fecha de nacimiento de cada uno de sus hijos menores de 5 años

Niño(a) 1

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo [ ]  H [ ]  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segundo hijo(a) 2

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo [ ]  H [ ]  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hijo(a) 3

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo [ ]  H [ ]  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niño(a) 4

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo [ ]  H [ ]  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niño(a) 5

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo [ ]  H [ ]  M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desea un intérprete para su cita WIC? [ ]  No [ ]  Si

Si solicita un intérprete, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.
WIC: Nondiscrimination Statement: <https://www.dhs.wisconsin.gov/wic/non-discrimination.htm>

 **Presentar solicitud:**  Wood County Health Department

 River Block Building - 3rd Floor

 111 W. Jackson St, Wisconsin Rapids, WI 54495

 \*Al completar la solicitud de WIC, espere una llamada telefónica de su agencia WIC local. Si necesita asistencia inmediata, puede llamar al 715-421-8950 para hablar con un miembro del personal de WIC.