

WIC - Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños

El objetivo del Programa WIC es ayudar a las mujeres embarazadas, madres con bebés recién nacidos, bebés y niños pequeños a mantenerlos sanos y saludables.

WIC provee:

- Información sobre nutrición
- Información sobre lactancia y servicios de apoyo
- Cheques para comprar alimentos tales como leche, huevos, queso, jugo, cereales, frijoles y chícharos secos, mantequilla de cacahueta y fórmula para el bebé.
- Exámenes de salud e información sobre otros servicios comunitarios

Usted o su hijo pueden calificar si:

- Usted está embarazada o recién tuvo un bebé (hasta seis meses después del parto o si está amamantando hasta 12 meses después del parto), o si tiene un bebé o un hijo menor de cinco años de edad, y
- Usted cumple con los requisitos de ingreso (muchas personas trabajan y también se califican para el programa WIC), y
- Usted tiene alguna necesidad de nutrición o salud que puede aliviarse con los alimentos de WIC y la información sobre nutrición.

Para averiguar si usted se califica, complete el formulario adjunto y envíelo por correo hoy, o llame al proyecto WIC local.

Escriba con letra de molde

Sólo para uso de Oficina: Fecha recibido _____

La participación en el programa WIC es voluntaria. Debe completar este formulario para determinar su elegibilidad para WIC y toda la información obtenida que identifique a la persona se usará sólo con ese propósito.

Responda a las siguientes preguntas en la forma más precisa que pueda. Toda la información es confidencial.

Su nombre _____

Dirección _____

Calle o ruta rural

Ciudad

Código

Condado

Teléfono durante el día () _____

Número de personas en su familia _____

(contándose usted)

Ingreso de la familia \$ _____ semana _____ cada 2 semanas _____ mes _____ anual _____
(sin sacar impuestos)

(ponga un círculo)

¿Está embarazada Sí No Fecha del parto: ____/____/____

¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses? Sí No

¿Está amamantando a un bebé que tiene menos de un año de edad? Sí No

Nombres y fechas de nacimiento de sus hijos menores de 5 años

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
_____	M / F	____/____/____
_____	M / F	____/____/____
_____	M / F	____/____/____
_____	M / F	____/____/____
_____	M / F	____/____/____

Corte. Ponga grapa o cinta engomada. Ponga sello al reverso y envíe.

COLUMBIA COUNTY WIC PROGRAM

PO BOX 136

111 EAST MULLETT ST

PORTAGE, WI 53901

(608) 742-9254

FAX: 608-742-9700

EMAIL: DHHS@columbiacountywi.gov

www.co.columbia.wi.us