



APLICACION PARA EL WIC
(Por favor escriba en letra imprenta)

Together, Inspiring Healthier Communities
281 LaClair St., Coos Bay, OR 97420
Phone: 541-266-6705 wic@chw.coos.or.us

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA:** _____

¿HA PARTICIPADO EN EL PROGRAMA DEL WIC EN OREGON O EN ALGÚN OTRO ESTADO? Y OR N Si la respuesta es sí, ¿bajo qué nombre?

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **CIUDAD:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

NÚMERO DE CELULAR _____ **NÚMERO DE DOMICILIO** _____ **NÚMERO PARA DEJAR MENSAJES:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO: ¿Está bien dejar mensajes? Sí o No ¿Está bien enviar mensajes de texto? Sí o No Correo electrónico: _____

POR FAVOR LISTE TODOS LOS NIÑOS EN SU HOGAR MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD: (incluya nombres adicionales en el reverso de la página)

NOMBRE: _____ **2ND NOMBRE** _____ **APELLIDO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **H o M** Tiene OHP: Sí o No

NOMBRE: _____ **2ND NOMBRE** _____ **APELLIDO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **H o M** Tiene OHP: Sí o No

NOMBRE: _____ **2ND NOMBRE** _____ **APELLIDO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **H o M** Tiene OHP: Sí o No

Su relación con los niños (ejemplo: padre/guardián/padre temporal) _____

PARA NUEVAS EMBARAZADAS O MUJERES DESPUÉS DEL PARTO: ¿Está usted embarazada? Si o No Si lo está, ¿Cuál es la fecha para de parto? _____

Si ya tuvo a su bebé, ¿Cuál era la fecha de parto para este embarazo.? _____ ¿Está amamantando? Sí o No ¿Formula, qué tipo? _____

ESTADO MARITAL: Casada ____ Divorciada ____ Soltera ____ Pareja Doméstica (vive con usted, pero no están casados) ____

¿NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN QUE HA COMPLETADO? (Diploma, algo de universidad, título) _____

RAZA: (Circule) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hawaiano/ Isleño del Pacífico Blanco **HISPANO O LATINO** Si o No

¿USTED RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? **SNAP** (estampillas de comida) Sí o No **OHP** Sí o No **TANF:** Sí o No Sí, \$ _____ /al mes

INGRESO BRUTO MENSUAL (antes de impuestos): \$ _____ (salario)

INGRESO BRUTO DE SU ESPOSO/PAREJA \$ _____ (salario) **# de personas que viven en SU hogar:** _____

Seguro Social/Discapacidad: \$ _____ /al mes

Pensión alimenticia: \$ _____ /al mes **OTRO INGRESO** (desempleo, licencia de maternidad, beca estudiantil, etc.) \$ _____ **Por favor especifique:**