

## 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 Casa Trabajo Celular Dejar mensaje					
Dirección		Ciudad			Estado	Código postal	Condado					
Dirección Postal (Si no	es la misma direcciór	n escrita a	rriba)	Ciudad				Estado	Código po	ostal		
¿Hay alguien mas e	n su casa embaraza	ada, o re	cientemente turo un beb	eé o un infan	te o un niño r	nenor de c	inco anos d	e edad? □Sí □	□No			
Al firmar esta solicitud de WIC, yo estoy de acuerdo en presentar de elegibilidad para la información dada en esta solicitud y cualo otra información pedida para llenar las reglas del programa.					•			que intercambien cualquier información que yo he n esta solicitud para permitirles a los departamentos a ni elegibilidad.				
suministros médic de Ohio, al Depart Departamento de la magnitud, durado bajo Medicaid, WIG Tambien autorizo	os a que proporcamento de Traba Salud de Ohio, cu ción, y el propósit C, y otros program al Departamento	ione al jo y Ser ualquier to de los nas de a de Salu	ministre cuidados mé Departamento de Meo vicios a la Familia de C información relacion s servicios proporcion asistencia médica. Id de Ohio, al Departa e Trabajo y Servicios a	dicaid Ohio o al ada con ados mento	el color, el Al firmar a donde lleg solicitud s	origen na continua ga mi con on ciertas idad/mul	acional, el s ción, yo de ocimiento s y están co ta o cárcel	es considerada s sexo, la edad, o la eclaro bajo pena y creencia todas impletas. Yo entic (o ambos) para c ble.	a incapacidad. de perjurio qu las respuestas endo que la le	e hasta s en esta y determina		
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 ONL' Pregnancy Verific Medical chart location	ation $\square$ Me	edical sta	tement attached Patient name and number									
Telephoned (name)			Agency/Business					Call date				
Verification statemen	t											
Identification Ver	rification											
Name (I C P N B)	Present Exempt	Docu	ment type or number		Name (I C P N	В)	☐ Present ☐ Exempt	Document t	ype or number			
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Docu	ment type or number		Name (I C P N B)		☐ Present ☐ Exempt	Document t	ype or number			
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Docu	ment type or number		Name (I C P N B)		Present Exempt	Document t	ype or number			
Name (I C P N B) Present Docu		ument type or number		Name (I C P N	Name (I C P N B) Present Exempt		Document t	Document type or number				
Medicaid/OWF/SNAP	verification											
WIC Personnel Signature								Date	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.

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.

Tambien 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 acentar asistencia sin ser elegible.

	ue mis servicios con	tinuen	ue acep	ai asisterici	a siii sei eiegibie.					
	•	ción desde miúltima aplicación. Sí	□No							
Firma del solicitante	quien llenó esta solicitud	d		Fecha de firma						
Firma de la persona d	quien ayudó a llenar esta	solicitud		Fecha de firma						
Identification Ve	rification									
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	Name (I C P N B) ☐ Present ☐ Exempt		Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	Name (I C P N B)		Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number				
Medicaid/OWF/SNAP	verification									
WIC Personnel Signat	ture					Date				
HEA 44 <b>73</b> 06/2024		Esta entidad es un proveedor que	e brinda igua	ldad de opc	ortunidades.					
		Departamento  Adenda de la Solicitu				,				
		uerdo en presentar pruebas de elegibilidad para la er otra información pedida para llenar las reglas del	y al Dep informa	artamento o ción que yo	de Trabajo y Servicios a	la Familia de Ohio a que intercambien cualquier sta solicitud para permitirles a los departamentos a				
que proporcione al De a la Familia de Ohio o	epartamento de Medica al Departamento de Sa	inistre cuidados médicos o suministros médicos a aid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios alud de Ohio, cualquier información relacionada los servicios proporcionados bajo Medicaid, WIC, y	naciona Al firmar	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						
otros programas de as		ios servicios proporcionados bajo medicaia, viie, y		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						
Tambien autorizo al D	epartamento de Salud	de Ohio, al Departamento de Medicaid de Ohio,	de acep	ar asistenci	a sin ser elegible.					
, ,	<sub>l</sub> ue mis servicios con tualizado la informac	tinuen. ción desde miúltima aplicación.	□No							
	quien llenó esta solicitud	<u> </u>		Fecha de fi	rma					
Firma de la persona d	quien ayudó a llenar esta	a solicitud		Fecha de fi	rma					
Identification Ve			1							
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present ☐ Exempt	Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number				
Name (I C P N B)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number	Name (I C	PNB)	☐ Present☐ Exempt	Document type or number				
Medicaid/OWF/SNAP		l	-1		·					
WIC Personnel Signat	ture	Date								
						<u> </u>				