

**Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)
Assistance Documentation Form
(Supplement to Application for Income Eligibility)**

This form should be completed if applicant indicates that no one in his/her household has any income. Section I may also be completed if the applicant receives financial assistance in addition to their income from someone who resides outside the household.

Section I. Assistance Provided to Applicant

I, _____, certify that _____
(signature of person providing support) (name of applicant)

Check all that apply:

- Receives \$ _____ per month from me as a regular contribution to his/her income.
- Is supported by me in that I pay for his/her expenses, but I do not provide him/her with cash assistance.

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of assistance. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person providing support) (phone number) (date)

Section II. No Assistance Provided to Applicant

This section may be completed by any of the following persons: staff of church, legal-aid, social service agencies, school, doctor, public health nurse, and elected public officials. The above-named persons must not be related to the applicant and must not live in his/her household, and may not be employed by WIC.

To the best of my knowledge, neither _____, nor any member of
(name of applicant)
his/her household has any cash income or receives any outside assistance (non-cash).

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of income. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person completing form)

(date)

(title)

(agency/employer name)

(phone number)

(agency/employer address)

USDA is an equal opportunity provider and employer.

© 2015 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved.



**Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niño (WIC)
Forma para documentar asistencia
(Suplemento a la solicitud de elegibilidad por ingresos)**

Esta forma debe llenarse si la solicitante indica que nadie en su hogar tiene ningún ingreso. La sección I también puede llenarse si la solicitante recibe asistencia financiera además de los ingresos de alguien que no vive en su hogar.

Sección I. La solicitante recibe ayuda

Yo, _____, certifico que _____
(firma de la persona que brinda la asistencia) (nombre de la solicitante)

Marque todos los que correspondan:

- Recibe \$ _____ al mes de mí como contribución periódica a sus ingresos.
- Yo la apoyo pagando sus gastos, pero no le doy dinero en efectivo.

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre asistencia es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o el miembro de su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

(firma de la persona que brinda la asistencia) (número telefónico) (fecha)

Sección II. La solicitante no recibe ayuda

Las siguientes personas pueden llenar esta sección: personal de la iglesia, asistente legal, agencias de servicios sociales, personal de la escuela, doctor, enfermera de salud pública y empleado público elegido. Las personas mencionadas arriba no pueden ser parientes de la solicitante, no pueden vivir en su hogar y no pueden ser empleados de WIC.

A mi leal saber y entender, ni _____, ni ninguna persona en
(nombre de la solicitante)
su hogar recibe ingresos en efectivo ni ningún tipo de ayuda externa (en especie).

Al firmar esta forma, afirmo que la información anterior sobre ingresos es correcta. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente, esta solicitante o la persona en su hogar podría ser expulsada de WIC, enjuiciada penalmente o ambas cosas.

(firma de la persona que llena la forma) (fecha)

(título) (nombre de la agencia o del empleador)

(número telefónico) (dirección de la agencia o del empleador)

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.
© 2015 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sección de Servicios de Nutrición.
Todos los derechos reservados.

