



Temporary eligibility due to missing proofs



Applicant/participant name(s): _____, _____, _____

WIC ID number(s): _____, _____, _____

WIC is required to see proof of income, residency, and identity to provide WIC services. If you cannot show proof for income, residency, and/or identity, you may fill out this form with the required information. This allows you to receive food benefits for the current month.

Instructions: Please complete the section(s) marked below. If the section heading box is not marked, you do not need to fill out that section.

☐ **Proof of Income**

My household income before taxes is \$ _____

☐ **Weekly** ☐ **Monthly** ☐ **Other time frequency:** _____

I did not provide proof of income today. I understand that I must provide proof of our household income within 30 days from today or I will only receive WIC food benefits for the current month.

☐ **Proof of Residency**

My current address is _____

I did not provide proof of residency today. I understand that I must provide proof of our household residency within 30 days from today or I will only receive WIC food benefits for the current month.

☐ **Proof of Identity**

☐ **By checking the box to the left, I declare I did not provide proof of identity today for:**

_____, _____, _____

I did not provide proof of identity today for the people in my household listed above. I understand that I must provide proof of identity within 30 days from today or I will only receive WIC food benefits for the current month.

Please read and sign

When I complete, sign, and date this form I confirm the information I provided above is correct. I understand I need to provide the information listed above to continue to receive WIC benefits after 30 days.

I understand giving false information on purpose is considered abuse of the program and I may be required to pay WIC back the value of any WIC food benefits I receive.

Applicant/participant signature _____ **Date** _____

If you need this in an alternate format, please call Oregon WIC at 971-673-0040.

This institution is an equal opportunity provider.



Eligibilidad temporal por falta de pruebas



Nombre del aplicante/participante(s): _____, _____, _____

Número(s) de identificación de WIC: _____, _____, _____

WIC requiere que se presenten comprobantes de ingresos, dirección e identidad para brindar servicios. Si no puede presentar comprobante de ingresos, dirección y/o identidad, puede llenar este formulario con la información necesaria. Esto le permitirá recibir beneficios alimentarios para este mes.

Instrucciones: Por favor llene las secciones marcadas abajo. Si el cuadro de la sección no está marcado, no es necesario llenar esa sección.

☐ Comprobante de ingresos

El ingreso de mi hogar antes de impuestos es \$ _____

☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Otra frecuencia: _____

No presenté comprobante de ingresos el día de hoy. Entiendo que debo proveer comprobante de ingresos de mi hogar en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

☐ Comprobante de dirección/domicilio

Mi dirección actual es: _____

No presenté comprobante de domicilio el día de hoy. Entiendo que debo proveer comprobante de domicilio en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

☐ Comprobante de identidad

☐ Al marcar esta caja, declaro que no presenté comprobante de identidad el día de hoy para:

_____, _____, _____

No presenté comprobante de domicilio el día de hoy para las personas indicadas arriba. Entiendo que que debo proveer comprobante(s) de identidad en un plazo de 30 días, a partir de hoy, de lo contrario sólo recibiré beneficios de WIC para este mes.

Por favor lea y firme

Al llenar, firmar y fechar este formulario, certifico que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que necesito proveer la información indicada arriba para continuar recibiendo beneficios de WIC después de los 30 días. Entiendo que dar información falsa intencionalmente se considerará un abuso del programa y podría exigírseme que le devuelva a WIC el importe de los beneficios alimentarios de WIC que haya recibido.

Firma del aplicante/participante _____ Fecha _____

Si necesita este formulario en un formato alternativo, por favor llame a Oregon WIC al 971-673-0040.
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.