Cuestionario de WIC sobre ingresos

La fecha de su cita es el _____. Llene esta forma antes de la cita y llévela con usted. Si las Secciones I y II no tienen que ver con usted, voltee la hoja y llene la Sección III. Si necesita ayuda para llenar esta forma, o si no sabe qué llevar a la cita, llame a la oficina de WIC al _____.

Sección I. Beneficios de Medicaid, Programa SNAP o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- **recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF, o**
- **vive en un hogar donde alguien recibe TANF, o**
- **vive en un hogar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid**

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas a continuación.

1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid la persona que solicita beneficios de WIC?	❑ Sí ❑ No
2. Para el mes de la cita, ¿recibirá beneficios del Programa SNAP la persona que solicita WIC?	❑ Sí ❑ No
3. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF la persona que solicita beneficios de WIC?	❑ Sí ❑ No
4. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF alguien del hogar?	❑ Sí ❑ No
5. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar una mujer embarazada que recibe Medicaid?	❑ Sí ❑ No
6. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar un bebé menor de 12 meses que recibe Medicaid?	❑ Sí ❑ No
Si contesta "Sí" a una de las preguntas, la única información necesaria sobre ingresos es la tarjeta de Your Texas Benefits o la forma de Medicaid o la hoja impresa de https://www.yourtexasbenefitscard.com o la carta del Programa SNAP o de TANF del mes en que tiene la cita.	

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

_____ _____ _____

Firma del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado *Nombre del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado en letra de molde* *Fecha*

Sección II. Colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC se encuentra en una colocación por el DFPS:

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas 1 y 2.

1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid el solicitante?	❑ Sí ❑ No
2. ¿Tiene esa persona una carta de colocación por el DFPS?	❑ Sí ❑ No
Si contesta "Sí" a una de las preguntas, lleve la tarjeta de Your Texas Benefits o la forma de Medicaid o la hoja impresa de https://www.yourtexasbenefitscard.com o la carta del Programa SNAP o de TANF del mes en que tiene la cita.	

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

_____ _____ _____

Firma del padre temporal *Nombre del padre temporal en letra de molde* *Fecha*

Sección III. No recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, o no está en una colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC no recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP ni de TANF, y no está en una colocación por el DFPS

- **Marque "Sí" o "No" para contestar todas las preguntas a continuación.**
- **Si contesta "Sí" a una de las preguntas del 1 al 6, lleve pruebas de todas las fuentes de ingresos a la cita de WIC.**
- **Si contesta "No" a todas las preguntas a continuación, llame a la oficina de WIC o pregúntele al personal de WIC qué necesita llevar.**
- **Asegúrese de llevar la información que muestra los ingresos USUALES brutos (antes de las deducciones).**

1. ¿Trabaja? Si contesta "Sí" y tiene más de un trabajo, lleve los talones de los cheques de pago (con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita) de cada trabajo. Si empezó un nuevo trabajo y no ha recibido su primer cheque de pago, por favor presente una declaración firmada y fechada por su empleador con el cálculo del pago bruto que recibirá por el periodo de pago.	❑ Sí ❑ No
2. ¿Trabaja alguna persona que vive con usted? Si contesta "Sí", lleve los talones de los cheques de pago (con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita) de cada trabajo.	❑ Sí ❑ No
3. ¿Recibe usted o alguien que vive con usted algunos de los ingresos de la lista a continuación? Si contesta "Sí", lleve las pruebas (con fecha dentro de los últimos 30 días antes de la cita).	
a.) Ingresos de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o por discapacidad para el año en curso (Si necesita una copia de la carta de concesión, llame al 1-800-772-1213).	❑ Sí ❑ No
b.) Cheque de pensión o jubilación	❑ Sí ❑ No
c.) Cheque de desempleo	❑ Sí ❑ No
d.) Cheque de indemnización laboral	❑ Sí ❑ No
e.) Dinero o apoyo económico periódico de padres, parientes, amigos o de otra fuente	❑ Sí ❑ No
f.) Manutención de niños	❑ Sí ❑ No
Cantidad _____ ¿La recibe cada mes?	❑ Sí ❑ No
¿La recibe cada semana?.....	❑ Sí ❑ No
Nombre de la persona que paga la manutención _____ Teléfono: _____ (si lo sabe)	
4. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguien que vive con usted otro dinero que no se menciona en la lista anterior? Si contesta "Sí", por favor, escríbalo aquí y lleve la prueba de esta fuente de ingresos (por ejemplo, herencia, donación monetaria, premio de la lotería) _____	❑ Sí ❑ No
5. ¿Está de licencia sin paga o con pago reducido usted o alguien que vive con usted, o está tomando una licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)? (Lleve el talón de cheque más reciente)	❑ Sí ❑ No
6. ¿Utiliza usted o alguien que vive con usted otra fuente de ingresos que no se mencionó antes para mantenerse o mantener a su familia? Fuente de ingresos: _____	❑ Sí ❑ No
7. Toda la información que he dado refleja los ingresos USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones).	❑ Sí ❑ No

Al firmar esta forma, certifico que toda la información que he dado es correcta. Certifico que he informado al personal de WIC sobre TODAS las fuentes de los ingresos recibidos por todos los miembros de mi hogar (esto incluye a todas las personas que viven conmigo). La información que he dado refleja fielmente los ingresos USUALES brutos del hogar (antes de las deducciones). Entiendo que es posible que verifiquen los ingresos del hogar con la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

_____ _____ _____

Firma del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado *Nombre del solicitante, padre, tutor o adulto autorizado en letra de molde* *Fecha*

© 2014 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Todos los derechos reservados.