

WIC Program Income Screening

Household Members	D.O.B.	Social Security No.	Employer's Name and/or WIC Form Number (if applicable)	Employer's Address (physical or city)	Gross Income* (before deductions) Include income of all household members.	SEU
A/P/G #1						
P/G #2						
Participant #1						
Participant #2						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						
Participant/Other						

<div style="border: 1px solid gray; height: 50px; width: 100%;"></div>	<p>Gateway Verification (Select one, if applicable)</p> <p><input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> Case # _____</p> <p><input type="checkbox"/> By Phone — Contact Name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Automated — Phone No.: _____</p>	<p>Total</p>
--	--	---------------------

*Refer to Policy CS:09.0 for definition of "income" and CS:12.0 for income guidelines.

Income Checked by _____
Staff Signature
Title
Date

Disclosure of your Social Security number and that of your dependents is voluntary and WIC services will not be denied if you fail to do so. Social Security numbers are collected in accordance with 42 U.S.C. 405(c)(2)(C)(i), 7CFR246.7(d)(2)(v) and WIC Policy CS: 13.0 to verify information you have provided and to guard against dual participation as required by 7CFR246.7(l).

I hereby state that neither my dependents nor I currently receive benefits from another clinic. I also agree that I (we) will not receive WIC benefits from more than one clinic or State WIC Program during the same period. I understand that receiving dual benefits is considered fraud.

- Receiving dual benefits may subject me to:
1. repaying in cash the value of food benefits improperly issued to me and/or my dependent(s)
 2. prosecution under state and federal laws, and
 3. being disqualified from participating in WIC.

By signing this form, I certify that all information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge. This certification form is being submitted in connection with the receipt of federal assistance. WIC

program officials may verify information including income and date of birth. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally omitting or withholding facts may result in my paying the state, in cash, the value of food benefits improperly issued and that I and/or my household members can be removed from WIC or criminally prosecuted or both.

Tiết lộ số An Sinh Xã Hội của bạn và người nhà là việc tự nguyện và WIC sẽ chẳng từ chối các dịch vụ nếu bạn không đồng ý. Số An Sinh Xã Hội được thu thập là do bộ luật 42 U.S.C. 405 (c) (2) (C) (i), 7CFR246.7(d)(2)(v) cùng với Quy Luật của WIC CS: 13.0 để xác định các dữ kiện bạn cung cấp và để ngăn ngừa việc gia nhập nhiều nơi và như đã quy định bởi luật 7CFR246.7(l).

Tôi công bố nơi đây rằng tôi không và gia đình tôi cũng không nhận lãnh quyền lợi từ văn phòng nào khác. Tôi cũng đồng ý rằng tôi (chúng tôi) sẽ không nhận lãnh quyền lợi WIC từ nhiều văn phòng hoặc từ chương trình WIC của các tiểu bang khác cùng một lúc. Tôi hiểu rằng nhận lãnh trợ cấp ở hai nơi được coi là gian trá.

- Nhận trợ cấp hai nơi có thể đưa đến việc tôi bị:*
1. trả lại bằng tiền mặt giá trị quyền lợi thực phẩm mà tôi và/hoặc gia đình tôi lãnh nhận bất hợp lệ
 2. truy tố theo luật tiểu bang và liên bang, đồng thời
 3. mất quyền tham gia chương trình WIC.

Ký tờ đơn này, tôi chứng thực rằng những dữ kiện tôi cung cấp để xin cứu xét việc hưởng chương trình là chính xác và đúng với sự hiểu biết của tôi. Tờ đơn xin chứng nhận nộp vào có liên hệ đến sự chấp nhận trợ giúp của Liên Bang. Nhân viên hữu trách của chương trình có thể kiểm chứng hồ sơ kể cả mức lợi tức cũng như ngày sanh. Tôi hiểu rằng cố tình khai gian, lừa dối hoặc có ý mạo nhận, dấu diếm hoặc che đậy sự thật có thể bị phạt bằng tiền mặt trả cho văn phòng tiểu bang giá trị quyền lợi thực phẩm tôi lãnh nhận bất hợp lệ, đồng thời tôi và/hoặc người nhà có thể bị loại ra khỏi chương trình WIC hoặc bị truy tố bởi luật hình sự hoặc cả hai.

This institution is an equal-opportunity provider.
 Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.
 © 2010 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved.
 © 2010 Bộ Phục Vụ Y-Tế Toàn Bang. Ngành Phục Vụ Dinh Dưỡng. Cơ quan giữ bản quyền.

Applicant's or Parent's/Guardian's Signature (Chữ ký của đương đơn/người tham gia, cha mẹ, hoặc giám hộ) _____
Date (Ngày) _____