



¡Queremos que su bebé crezca sano y fuerte! Como ha sido beneficiaria del programa WIC durante el embarazo, es posible que su bebé también lo sea. Avísenos en cuanto tenga a su bebé.

Respetamos las opciones de alimentación que usted elija. Ofrecemos a nuestras madres lactantes apoyo para ayudarlas durante la lactancia. Indique a continuación cómo está alimentando a su bebé.

Los padres, el tutor legal o el apoderado deben **DEVOLVER ESTE FORMULARIO COMPLETO** a la clínica junto con los documentos correspondiente para que su bebé acceda al programa WIC. El formulario debe ser completado por el padre o tutor legal antes de presentarse a la clínica. Devuelva este formulario y los documentos necesarios a su clínica o envíe un correo electrónico a **WICProofs@ adph.state.al.us** con el nombre de su clínica/departamento de salud WIC en el asunto.

- **INGRESOS** (se deben incluir a **todos** los miembros del hogar):  
*Presentar la tarjeta de Medicaid o la carta de adjudicación de Medicaid para bebés, la asistencia familiar o la carta de elegibilidad de SNAP. Si ninguno de estos programas se aplica a su familia, debe proporcionar documentación de los ingresos de todas las personas que trabajan en el hogar durante los últimos 30 días, es decir, la paga semanal (4 recibos de sueldo), quincenal (2 recibos de sueldo), mensual (1 recibo de sueldo). Pregunte a su clínica local por otras formas aceptables de demostrar los ingresos actuales de la familia.*
- **IDENTIFICACIÓN** (para cuidador e infante):  
*Presentar la tarjeta de identificación de WIC u otra forma de identificación personal (licencia de conducir, tarjeta de seguro social, tarjeta de registro de votantes, tarjeta de Medicaid o certificado de nacimiento) y el certificado de nacimiento del bebé con las huellas de los pies, la tarjeta de cuna o el certificado de nacimiento.*
- **RESIDENCIA** (debe incluir una dirección de calle): Presentar uno de los siguientes:  
*Cable, gas, eléctrico, teléfono, factura de agua, o correo postal recientes; un contrato de alquiler vigente.*

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

No. de Identificación familiar \_\_\_\_\_

Nombre del bebé (**tal como está escrito en el acta de nacimiento**) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo del bebé (encierre en un círculo la opción)

Masculino

Femenino

Estatura al nacer \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_

Categoría étnica del bebé:  Hispano o Latino  No hispano ni latino

Raza del bebé:  Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negra o afroamericana

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Blanco

Número de Medicaid del bebé o número temporal de no nacido \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia (incluido el bebé) \_\_\_\_\_

**¿Cómo alimenta a su bebé? (marque solo una opción)**

Solo Lactancia

Lactancia y fórmula

Sólo fórmula (encierre en un círculo la opción):  Enfamil Infant  Enfamil Prosoabee  Enfamil Gentlease  Enfamil AR  Enfamil Reguline

\*Si la respuesta es fórmula, ¿cuántas onzas cada 24 horas? \_\_\_\_\_

\*\*Fórmula Especial: \_\_\_\_\_

**\*\*Todas las fórmulas especiales requieren un formulario de prescripción WIC. No obstante, el Programa WIC de Alabama no acepta recetas para las fórmulas basadas en leche o a base de soja de otras compañías de fórmulas.**