



¡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.**

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual)¹, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

¹ *El Departamento de Salud Pública de Alabama no hace concesiones en cuanto al alcance de los términos "sexo" o "discriminación" tal como aparecen en el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 y la Ley de Alimentos y Nutrición o los reglamentos de implementación.*