Family Certification Form

Family ID _____ – ___ PAN ____ ____ ____ ____

Applicant/Parent/Guardian *(Đương đơn/Cha mẹ/Giám hộ)*

Name of Applicant or Parent/Guardian #1 *(Tên của Đương đơn hoặc Cha mẹ/Giám hộ #1)*

Last *(Họ)*

First *(Tên)*

Middle *(Tên đệm)*

Name of Parent/Guardian #2 *(Tên của Đương đơn hoặc Cha mẹ/Giám hộ #2)*

Last *(Họ)*

First *(Tên)*

Middle *(Tên đệm)*

Social Security Number *(Số An Sinh Xã Hội)*

___ – __ – ____

Date of Birth *(Ngày sanh)*

M M – D D – Y Y Y Y

Sex *(Phái tính)*

M F

Social Security Number *(Số An Sinh Xã Hội)*

___ – __ – ____

Date of Birth *(Ngày sanh)*

M M – D D – Y Y Y Y

Sex *(Phái tính)*

M F

Identification Method

01 — Birth Certificate
02 — Hospital Records
03 — Baptismal Certificate
04 — Marriage License
05 — Driver's License
06 — WIC Identification Card
07 — Immunization Card
08 — School/Employee ID Card
09 — Military ID Card
10 — Official ID
12 — Passport / Immigration Record
13 — Other _____

P/G #1 ___

P/G #2 ___

Language

EN ___ English
SP ___ Spanish
VT ___ Vietnamese
KO ___ Korean
GR ___ German
LA ___ Laotian
AS ___ ASL
OT ___ Other

Out-of-State Transfer

Y N

Mailing Address *(Địa chỉ gởi thư)*

Mailing Address *(Địa chỉ gởi thư)*

Street *(Tên đường)*

Apt # *(Phòng số. #)*

City *(Thành phố)*

Zip Code *(Mã số Bưu điện)* – Optional *(Tuỳ ý)*

Residence Address (only if different from mailing) *[Địa chỉ cư ngụ (chỉ ghi lại nêu khác với địa chỉ gởi thư)]*

Street *(Tên đường)*

Apt # *(Phòng số #)*

City *(Thành phố)*

Zip Code *(Mã số Bưu điện)* – Optional *(Tuỳ ý)*

Residency

01 — Utility / Credit Card Bill
02 — Rent Receipt / Agreement
03 — Business Letter / Gateway
04 — Letter + Proof / WIC-R02 Sec C
05 — Voter-Registration Card
06 — Property-Tax Receipt
07 — Map + WIC-R02 Sec B
08 — Third-Party Verifier / WIC-R02 Sec A
09 — Shelter
10 — Homeless (WIC-19E)

Census Tract

___ ___

Telephone Number *(Số điện thoại)*

Area Code *(Số điện thoại vùng)* – **Phone Number** *(Số điện thoại)* – **Extension** *(Số phụ)*

Contact Name *(Tên người liên lạc)*

Family Income

Gateway

A ____ TANF
F ____ Food Stamps
M ____ Medicaid
N ____ None

Gateway Income Method

16____ YTBC
17____ 1009
18____ 1866-A
19____ RN 68-A
20____ 1017
21____ 1027-A
22____ 1122
23 ____1266
25 ____1000-B
27 ____Other
_____
28 ____RN 68
29 ____TF0001
30 ____TF0002

OR

Non-Gateway Income Method

01____ Checkstubs
02____ W-2 Form
03____ Statement from Employer
04____ WIC 19a
05____ WIC 19b / H1028 Emp Ver
06____ SEU
07 ____WIC-32
08 ____Bank Statement
09 ____Current Tax Records
10 ____Income Rcpt Book / Accounting Stmt
11 ____Other_____

Income Clerk User ID

Date

M M – D D – Y Y Y Y

Indicator (Y/N)

Family (Household) Size ___

Monthly Income ___

Foster	Migrant	Military	Homeless
Y N	Y N	Y N	Y N

Comments

EWIC-35v

rev. 06/2012

WIC Program Income Screening

Household Members	D.O.B.	Social Security No.	Employer's Name and Address (physical or city) and/or WIC Form Number (if applicable)	Different pay frequency/Annual: Paid weekly X by 52 Paid every 2 weeks X 26 Paid twice monthly X 24 Paid monthly X 12	or	Same pay frequency: weekly, every two weeks, twice monthly, monthly	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							

Gateway Verification

Client ID or Case #: _____

_____

❑ By Phone — Contact Name: _____

❑ Automated — Phone No.: _____

❑ Online

1) Compare Total to Income Guidelines . . . . . .

1a) Meets Income Guidelines Yes ❑ No ❑

2) Monthly income to be entered in TWIN and other side of WIC-35 . . . . . .

1	**Annual Total**	or	1	**Total**
2	**Annual total divided by 12**	or	2	**Determine annual total and divide by 12**

FOR WIC STAFF USE ONLY

❑ **SEU — must meet the requirements in WIC Policy CS:10.0.**

(a) The unit usually purchases or intends to purchase, and prepare food separately.

(b) The unit meets the minimum income requirements for an SEU as listed in WIC Policy CS:10.0.

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 thâu thập là do bộ luật 42 U.S.C. 405 (ç) (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 cố 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.

_____ _____

Applicant's or Parent's/Guardian's or Authorized Adult's Signature *(Chữ ký của đương đơn/người tham gia, cha mẹ, hoặc giám hộ, Người có Thẩm Quyền)* **Date** *(Ngày)*

This institution is an equal-opportunity provider. *Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.*

© 2012 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved.
© 2012 Bộ Phục Vụ Y-Tế Toàn Bang. Ngành Phục Vụ Dinh Dưỡng. Cơ quan giữ bản quyền.