



Monroe County Health Department

Serving the Community since 1921

315 West Oak Street · Sparta, WI 54656 · (608) 269-8666 · Fax (608) 269-8872

El programa Especial de Nutrición Suplementaria Del Condado de Monroe para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC)

Solicitud de preselección

La siguiente información será usada para determinar si usted y / o sus hijos califican para los servicios de WIC. Si califica, tendrá una cita programada para determinar si usted y / o sus hijos también están en riesgo nutricional.

¿Necesitas un intérprete? Y N Fecha: _____

¿Usted o su hijo/s han estado en WIC antes? Si No ¿Estado / Condado? _____

¿Si sí, cuándo? _____ ¿Nombre diferente? _____ ¿Dónde se enteró de WIC? _____

¿Tiene una tarjeta de Wisconsin eWIC? Si No La Perdí

Nombre Completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Email: _____

Teléfono de celular: _____ ¿Texto? Y N Teléfono de casa: _____

Número total de personas en su familia/hogar: _____
(Incluyendo a usted mismo y él bebe no nacido si está embarazada)

Ingreso bruto total del hogar: _____
(antes de impuestos/deducciones)

| | | | | |
|---------|-----------|--------------|---------|------------|
| Semanal | quincenal | Semi mensual | mensual | anualmente |
|---------|-----------|--------------|---------|------------|

*Bruto = tarifa por hora x horas trabajadas

| | | | | |
|---------|-----------|--------------|---------|------------|
| Semanal | quincenal | Semi mensual | mensual | anualmente |
|---------|-----------|--------------|---------|------------|

¿Está embarazada? Si No
Estimación de fecha que tendrá a su bebe: _____

¿Es usted una madre después de parto? Si No

¿Está amamantando? Si No ¿Fórmula? Yes No

¿Estás participando en alguno de estos programas?

- FoodShare Aplicado Si No
- BadgerCare Aplicado Si No
- Programa Wisconsin Works (W-2) Si No
- Cuidado de Kinship Si No

| Nombre (s) de su hijo/s menos de 5 años: | Sexo | Fecha de nacimiento | Relación | Idioma que prefieres leer? |
|---|----------|---------------------|----------|---------------------------------|
| _____ | M F | _____ | _____ | English Spanish Other |
| _____ | M F | _____ | _____ | Cualquier alojamiento |
| _____ | M F | _____ | _____ | especial necesario para citas? |
| _____ | M F | _____ | _____ | Yes No |

Personal de WIC completa esta sección:

| | |
|--|---|
| Application: _____ in person _____ phone _____ mail _____ email | Wisconsin transfer? Yes No |
| Appointment offered on: _____ Refused: _____ | Out of state transfer? Yes No |
| Appointment Date: _____ Time: _____ | Placement change? Yes No |
| Reminder mailed _____ Verbal Auth: _____ | Family ID: _____ |