

Programa de WIC del Condado de Garfield

Solicitud de Inscripción

1. Padre / Tutor –llene la forma en letra de molde

Ha solicitado o Has estado en WIC antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		En caso afirmativo, ¿Dónde? ¿Cuándo?		Fecha de Nacimiento	
Apellido			Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre
Dirección (Incluya el apartamento / numero de espacio)			Ciudad		Estado Código Postal
Número de Teléfono		Número Alternativo		Correo Electrónico	
# de Personas Viviendo en Casa		Ingreso Total por Mes		Asistencia Pública (marque todos los que apliquen) TANF Estampillas para comida Medicaid	
<i>(Por favor marque sólo una por cada pregunta)</i> Hispano o Latino? Sí o No			<i>(Por favor marque sólo una por cada pregunta)</i> Nivel de Educación de la Madre:		
Nacionalidad: Blanco / Caucaásico Africano American Indio Americano Nativo de Hawái / Islas del Pacífico			Octavo grado 1 año de Universidad Noveno grado 2 años de Universidad Décima de grado 3 años de Universidad Grado 11 Grado 12		

2. Solicitante(s) – llene una caja por solicitante.

Elegibilidad (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Lactancia (Hasta 12 meses) <input type="checkbox"/> Postparto (Hasta 6 meses) <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Niño/Niña Menos de Cinco Años	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
	Fecha de Nacimiento	Edad	Hombre Mujer

Elegibilidad (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Lactancia (Hasta 12 meses) <input type="checkbox"/> Postparto (Hasta 6 meses) <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Niño/Niña Menos de Cinco Años	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
	Fecha de Nacimiento	Edad	Hombre Mujer

Elegibilidad (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Lactancia (Hasta 12 meses) <input type="checkbox"/> Postparto (Hasta 6 meses) <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Niño/Niña Menos de Cinco Años	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
	Fecha de Nacimiento	Edad	Hombre Mujer

Elegibilidad (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Lactancia (Hasta 12 meses) <input type="checkbox"/> Postparto (Hasta 6 meses) <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Niño/Niña Menos de Cinco Años	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
	Fecha de Nacimiento	Edad	Hombre Mujer

3. WIC Del Condado de Garfield

195 W. 14th Street,
Rifle, CO 81650
Tel: 970-625-5200 Fax: 970-625-4804

WIC Del Condado De Garfield

2014 Blake Ave.
Glenwood Springs, CO 81601
Tel: 970-945-6614 Fax: 970-947-0155