

W.I.C. INTAKE FORM

Fecha: _____

¿En qué clínica quisiera sus servicios?

TRAIGA IDENTIFICACIÓN, COMPROVANTE INGRESOS Y DE DOMICILIO

☐ Boulder ☐ Longmont ☐ Lafayette

¿Recibió Usted W.I.C. antes? ☐ Sí ☐ No ¿Los Niños? ☐ Sí ☐ No

TRAIGA LA TARJETA DE VACUNACION

¿Dónde? _____

¿Cuándo cambió los últimos cheques? _____

¿Cuántas personas en su casa? _____ ¿Sueldo mensual, antes de los impuestos? \$ _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Condado: _____ Ciudad: _____ C. Postal: _____ Teléfono: () _____

Trabajo / Mensajes: () _____ Correo Electrónico: _____

PERSONA(S) APLICANDO PARA WIC:

Lista Nombre(s)	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

For W.I.C. Purposes Only

ID #	_____
ID#	_____
ID#	_____
ID#	_____
ID#	_____

¿Está embarazada una de las aplacantes? ☐ Sí ☐ No Fecha del parto _____

¿Está amamantando una de las aplacantes? ☐ Sí ☐ No

¿Está usando formula? ☐ Sí ☐ No ¿Qué tipo de formula? _____

¿Recibe uno de los siguientes? (Circule cuáles)

MEDICAID

TANF

ESTAMPILLAS DE COMIDA

FOR OFFICE USE ONLY

Referred to: ☐ NFP ☐ Genesis

Appointment Date: _____

Time: _____

Paperwork given? ☐ Yes ☐ No