

Proxy Designation Form
WIC – 314A-S

Purpose: To allow a designated alternate to receive nutrition education, food benefit issuance, and / or redeem WIC food benefits for a participant, parent or legal guardian. Signed by the parent or legal guardian.

Reference: PRR 02.0

Procedure: Complete the form.

1. **Name:** Enter name of participant, parent or legal guardian.
2. **Print Proxy Name:** Enter name of proxy.
3. **Relationship to Participant:** Enter relationship to participant.
4. **State how proxy will share nutrition education and health care referrals:** The participant, parent or legal guardian shall state on the form what assurances will be given by the proxy to share the nutrition education information, referrals and all other pertinent information with the participant.
5. **Signature of Participant:** Signature of participant, parent or legal guardian.
6. **Family Number:** Enter participant's, parent's or legal guardian's Family ID number(s).
7. **Date:** Date of signature.
8. **Name of Participant / Child / Infant:** Enter name of participant / child / infant.
9. **Client ID Number:** Enter participant's / child's / or infant's Client ID number(s).
10. **Local agency signature:** The local agency personnel shall sign and date the form to verify the proxy is acceptable.

Issuance: When participant, parent or legal guardian requests a proxy or proxy change.

Disposition: Scan original in participant's record. Provide copy to proxy. If requested, provide a copy for the participant / parent or legal guardian.

Retention: Three (3) years. Longer if necessary for audit or litigation resolution.

Proxy Designation Form
WIC – 314A-S

Yo, _____, el participante, o padre/madre/tutor legal de los bebés /niños enumerados a continuación, doy permiso para que la siguiente persona sea mi representante con el fin de recibir y compartir educación nutricional y recibir y redimir mis beneficios de alimentos WIC. Doy permiso a mi sustituto a dar su consentimiento, en mi nombre, para que WIC tome la altura, peso y medidas de sangre de mis bebés/niños.

Entiendo que mi sustituto deberá asistir a todas las sesiones de educación nutricional con el fin de recibir los beneficios de alimentos de WIC. Entiendo que **soy responsable de todas las acciones del sustituto en mi nombre. Soy responsable de asegurar que él / ella sigan todas las reglas del programa. Entiendo que tendré que pagar al programa por todas las pérdidas sufridas si mi sustituto rompe las reglas y/o leyes del programa.**

Escribir el nombre del sustituto

Relación con el Participante

El personal de la agencia local deberá indicar la dificultad de obtener beneficios de WIC y la necesidad de un sustituto:

Indicar cómo el sustituto compartirá la educación nutricional y las referencias de salud:

Su sustituto debe traer este formulario y comprobante de su identificación a la clínica WIC. Si desea cambiar su sustituto usted y su nuevo sustituto deben volver a completar otro formulario.

Firma del Participante

Número de la familia

Fecha

Nombre de los Participantes

Número de participante WIC

Firma Agencia Local

Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.