

**Proxy Signature Form**  
**WIC – 314B-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 proxy.

**Reference:** PRR 02.0

**Procedure:** Complete the form.

1. **Print Name:** Enter name of the participant, parent or legal guardian.
2. **Relationship to Participant:** Enter relationship to participant.
3. **Print Proxy Name:** Enter name of proxy.
4. **State how proxy will share nutrition education and health care referrals:** 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. **Name of Participant / Child / Infant:** Enter name of participant / child / infant.
6. **Client ID Number:** Enter participant's / child's / or infant's Client ID number.
7. **Check Boxes:** The proxy shall read and check each box.
8. **Signature of Proxy and Date:** Enter signature of proxy and date.
9. **Local Agency Signature and Date:** 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:** File original in participant's record. Provide copy to proxy. If requested, provide a photocopy for the participant, parent or legal guardian.

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

**Proxy Signature Form**  
**WIC – 314B-S**

Yo, el sustituto del participante o bebés/niños (participantes) enumerados a continuación, ha recibido permiso del participante, padre/madre o tutor legal para ser su sustituto con el fin de recibir y compartir información sobre nutrición, recibir y/o canjear beneficios de alimentación WIC. He recibido permiso para dar mi consentimiento, en nombre del padre/madre o tutor legal, para permitir que WIC tome la altura, peso y mediciones de la sangre de los bebés/niños.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor legal del participante

\_\_\_\_\_  
Relación con el Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del sustituto

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

Compartir la información verbalmente       Tomar y compartir materiales escritos       Otro \_\_\_\_\_

Usted, el sustituto debe traer este formulario, la tarjeta eWIC, y el comprobante de identificación a la Clínica WIC.

\_\_\_\_\_  
Nombre de los Participantes

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del cliente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El sustituto debe leer lo siguiente y firmar:

- a.  Yo, el sustituto, entiendo que soy responsable de seguir todas las reglas del Programa.
- b.  Yo, el sustituto, entiendo que debo asistir a todas las sesiones de educación nutricional antes de recibir beneficios de alimentos.
- c.  Yo, el sustituto, entiendo que soy responsable de compartir toda la educación nutricional recibida, u otra información de salud y de los programas de asistencia pública recibida de WIC con el participante.
- d.  Yo, el sustituto, entiendo que soy responsable de seguir los procedimientos de uso adecuado de los beneficios de alimentos y el no hacerlo será considerado abuso del programa.
- e.  Yo, el sustituto, entiendo que puedo ser un sustituto para un máximo de (3) tres familias.
- f.  Yo, el sustituto, entiendo que tengo el derecho de quejarme acerca de las prácticas indebidas de los proveedores y agencias.
- g.  Yo, el sustituto, entiendo que debo recoger los beneficios de alimentos en persona cuando esté programado para la educación de nutrición, a menos que el sistema de emisión alterna sea apropiado.
- h.  Yo, el sustituto, entiendo que mi identificación será revisada antes de proporcionar los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Sustituto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Agencia Local

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.