

Autorización de Firma para Beneficios Retrasados de WIC

WIC-318

Este formulario autoriza al personal del Programa WIC de Virginia a firmar para cargar los beneficios de alimentos en nombre de la familia identificada a continuación. Esto solo se utiliza cuando sea necesario debido a un fallo del sistema de computadora u otras situaciones de la clínica que afecten la emisión o modificación de beneficios.

Este formulario es válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma.

____ Autorizo al personal del Programa WIC de Virginia a firmar para los beneficios míos o de mi familia en las situaciones anteriores.

____ No autorizo al personal del Programa WIC de Virginia a firmar para los beneficios míos o de mi familia en ninguna situación.

Numero de identificación de la familia _____

Nombre del participante/padre/madre/tutor/cuidador _____

Firma del participante/padre/madre/tutor/cuidador _____

Fecha _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.