**Solicitud de WIC del condado de Sauk**

**505 Broadway, Baraboo, WI 53913**

**(608)355-4320 Fax (608) 355-4329**

**Nombre:** *(Name)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Su fecha de nacimiento:** *(Date of birth)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intérprete necesario: Sí No**

**Dirección:** (Address)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad y código postal:** *(City & Zip Code)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**# de Teléfono:** *(Phone Number)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Preferencia de contacto: Voz\_\_ Mensaje de texto\_\_ Correo electrónico \_\_\_**

**Teléfono alternativo #:***(Alternate PH)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿De quién es este #? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo electrónico:***(E-mail Address)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**# De miembros en la familia** *(# of people in your family)* **\_\_\_\_ (Incluir bebé nonato)**

**¿Tiene seguro de Badgercare o Medicaid?** **Sí No**

**Ingresos antes de impuesto: (***Household income before taxes) \_\_\_\_\_\_\_*

**Semanal \_\_ Quincenal\_\_ Mensual\_\_**

**¿Está usted embarazada? (***Are you pregnant?)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Su fecha Probable de Parto: (***Your due date?)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está dando pecho? (***Are you breastfeeding?)* **Sí No**

**Los nombres y fechas de nacimiento de niños menores de 5 años edad:**

*(The names and birthdates of your children under 5 years of age)*

**Nombre** *(Name)* **Niña o Niño Fecha de nacimiento (***Birth Date)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaración de no discriminación del USDA**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf>. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.