

Georgia Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC)

Client Statement Form

Please provide documentation of identification, address and income. Complete this form when approved documentation cannot be obtained.

1. Completion of this form is for: Income Address Identification
Check the appropriate proof (s)

2.

List each family* member receiving income: (*Family means related or non-related individuals living together in the same home)	List income amount received by each person last month.
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$

3. Reason approved documentation cannot be obtained:

List family members applying for WIC _____

I verify that this information is correct.

Name of Applicant (Print)

Applicant Signature

(Date)

This institution is an equal opportunity provider.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Georgia

Formulario de declaración del cliente

Suministre documentación de identificación, dirección e ingresos. Complete este formulario cuando no pueda suministrar documentación válida.

1. Este formulario se completa para verificar: Ingresos Dirección Identificación
 Marque las casillas que correspondan.

2.

Mencione a cada uno de los miembros del hogar* que recibe ingresos (*Miembro del hogar se refiere a cada una de las personas que viven bajo el mismo techo, ya sea que estén emparentadas o no):	Mencione la cantidad de ingresos que recibió cada uno de los miembros del hogar el mes pasado.
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$

3. Motivo por el cual no puede suministrar documentación válida:

Escriba el nombre de cada uno de los miembros del hogar que solicitan WIC. _____

He verificado que esta información es correcta.

 Nombre del solicitante (en letra de molde)

 Firma del solicitante

 (Fecha)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.