

# W.I.C. INTAKE FORM

Fecha: \_\_\_\_\_

¿En qué clínica quisiera sus servicios?

TRAIGA IDENTIFICACIÓN, COMPROVANTE INGRESOS Y DE DOMICILIO

Boulder  Longmont  Lafayette

¿Recibió Usted W.I.C. antes?  Sí  No ¿Los Niños?  Sí  No

TRAIGA LA TARJETA DE VACUNACION

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo cambió los últimos cheques? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en su casa? \_\_\_\_\_ ¿Sueldo mensual, antes de los impuestos? \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Cuidad: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Trabajo / Mensajes: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## PERSONA(S) APLICANDO PARA WIC:

Lista Nombre(s)	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

For W.I.C. Purposes Only	
ID #	_____
ID#	_____

¿Está embarazada una de las apacantes?  Sí  No Fecha del parto \_\_\_\_\_

¿Está amamantando una de las apacantes?  Sí  No

¿Está usando formula?  Sí  No ¿Qué tipo de formula? \_\_\_\_\_

¿Recibe uno de los siguientes? (Circule cuáles)

MEDICAID

TANF

ESTAMPILLAS DE COMIDA

## FOR OFFICE USE ONLY

Referred to:  NFP  Genesis

Appointment Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Paperwork given?  Yes  No