

**Please check the appropriate box below regarding how the WIC program will contact you:**

- ◆ I do not authorize the WIC program to contact me, for example leave a voicemail message or text message, at the phone number I provide to WIC. I understand messages may contain information including but not limited to the WIC program name, applicant, participant and/or family name(s) and information related to appointments.
- ◆ I have the right to change my selection at any time by notifying the clinic.

**Please read the statements and check the box to confirm your understanding of the following:**

- ◆ I have been advised of my rights and obligations under the WIC Program.
- ◆ I understand my rights and responsibilities and I agree to follow them.
- ◆ I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
- ◆ This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form.
- ◆ I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

I, \_\_\_\_\_, have read, understand and agree with the statements  
Name

above. \_\_\_\_\_  
Date

FID#: \_\_\_\_\_  
(For WIC staff use only)

**Por favor marque abajo la casilla correspondiente respecto a cómo el programa WIC se comunicará con usted:**

- ◆ Autorizo o no autorizo al programa WIC para dejar mensajes de correo de voz en el número de teléfono que proporcioné a WIC. Entiendo que los mensajes pueden contener información que incluye pero no se limita al nombre del programa WIC, nombre(s) del solicitante, participante y/o de la familia e información relacionada con las citas.
- ◆ Tengo el derecho a cambiar mi elección en cualquier momento mediante notificación a la clínica.

**Por favor lea las declaraciones y marque la casilla confirmando su comprensión de las siguientes:**

- ◆ Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en el Programa.
- ◆ Entiendo mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- ◆ Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- ◆ Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información en este formato.
- ◆ Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

He, \_\_\_\_\_, leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones  
Nombre

anteriores. \_\_\_\_\_  
Fecha

FID#: \_\_\_\_\_  
(For WIC staff use only)