



**DISTRITO DE SALUD DE EL CONDADO DE WASHOE
 APLICACION PARA WIC**

Distrito de Salud
 1001 E 9th St Edificio B
 Reno, NV 89512
 Ph (775) 328-2299
 Fax (775) 328-2501

Sur de Reno
 601 W Moana Ln #3
 Reno, NV 89509
 Ph (775) 828-6600
 Fax (775)828-6607

HAWC
 1055 S. Wells Ave
 Reno, NV 89502
 Ph (775) 336-3027
 Fax (775) 284-0981

Incline Village
 865 Tahoe Blvd #202
 Incline Village, NV 89451
 Ph (775) 831-6500
 Fax (775) 832-3758

Nombre de Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Celular: (____) _____ Teléfono Alternativo: (____) _____

Relación del Solicitante con los niños: _____ Nombre de los niños (**menores de 5 años solamente**):

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuántas personas viven en el hogar: _____ ¿Cuántas personas reciben ingresos en el hogar: _____

Los ingresos pueden incluir: salarios, sueldos, propinas, mantencion de hijos, comisión, pago de maternidad, desempleo, Incapacidad, Seguro Social, becas para estudiante, pension alimenticia, y ahorros.

Relación con el solicitante: _____ ¿cuánto gana por hora.\$ _____ Horas a la semana: _____

Relación con el solicitante: _____ ¿cuánto gana por hora.\$ _____ Horas a la semana: _____

Relación con el solicitante: _____ ¿cuánto gana por hora.\$ _____ Horas a la semana: _____

¿Recibe usted alguna de los siguientes: TANF Medicaid SNAP/Estampillas de comida

¿Alguna vez ha estado en WIC Sí No ¿Donde?: _____ ¿Cuándo fue la última vez que recibió beneficios: _____

¿Está Embarazada: Sí No ¿Cuándo se Alivia: _____ ¿Esta dando pecho: Sí No

Peso antes del Embarazo: _____ ¿Usa formula de bebe: Sí No Que marca: _____

For Office use Only:			
Taken by: _____	Date: _____	Chart Ordered: _____	WIC Card: _____
Comments: _____			
