

請選擇首選的地區

☐ North Oakland: 3600 Telegraph Ave.

☐ Eastmont: 7200 Bancroft Ave. Rm 204

☐ Hayward: 24085 Amador St. Rm 100

☐ Fremont: 39155 Liberty St. Suite 470

☐ Livermore: 164 N L Street

FAX THIS FORM TO (510) 595-6440

Questions? Call (510) 595-6400

中文 (510) 268-4272

這是一個提供平等機會的機構



ALAMEDA COUNTY WIC PROGRAM REFERRAL FORM

阿拉米達縣 WIC 營養補助計劃轉介表格

請注意，這不是一份報名表

今天的日期: ____/____/____		推薦人/機構:	
聯繫資料			
姓:	名字:	性別: ☐ 男 (M) ☐ 女 (F)	出生日期: ____/____/____
語言 (任選其一): ☐ 英語 (English) ☐ 西班牙語 (Spanish) ☐ 中文 (Chinese) ☐ 其他 Other _____		你是否正在接受以下的福利	
		1) 白卡 Medi-Cal ☐ 是 ☐ 否	2) 糧食卷 CalFresh ☐ 是 ☐ 否
		3) 現金補助 TANF ☐ 是 ☐ 否	
以下哪樣符合你現時的狀況: ☐ 懷孕 (Pregnant) ☐ 母乳餵養 (Breastfeeding) ☐ 6 個月內生了一個孩子 (Had a Baby Within the Last 6mos) ☐ 有 5 歲或以下的小孩 (Have One Or More Children Under Age 5)			
家庭每月稅前總收入:	家庭人數*:	電子郵件:	電話號碼: _____
地址號碼和街道:		市:	州: 郵政編碼:
其他意見和疑問		家庭稅前總收入準則表 有效 2026 年 5 月 1 日至 2027 年 6 月 30 日	
		家庭人數*	家庭總年收入
		1	\$29,526
		2	\$40,034
		3	\$50,542
		4	\$61,050
		5	\$71,558
		6	\$82,066
		7	\$92,574
		8	\$103,082
		每多一位家庭成員	加 \$ 10,508
			加 \$876

*未出生的孩子亦計算在內

我在此授權和同意本人轉介到阿拉米達縣 WIC 營養補助計劃，並理解 WIC 會跟我聯繫。

簽名: _____ 日期: ____/____/____

FOR WIC OFFICE USE ONLY	
Date: ____/____/____	Staff Initials: _____
WIC FOLLOW-UP SERVICES PROVIDED	COMMENTS
☐ Appointment scheduled for: ____/____/____ ☐ Attempted contact on: ____/____/____ ☐ Attempted contact on: ____/____/____ ☐ Attempted contact on: ____/____/____	