

Seleccione El Sitio Preferrido

- ☐ 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

MANDE POR FAX A (510) 595-6440
 Preguntas? Llame (510) 595-6400

FORMULARIO DE REFERENCIA DEL PROGRAMA WIC DEL CONDADO DE ALAMEDA

Por favor note: Esto NO es formulario de inscripción

Fecha: ____/____/____		Parte Referente:							
INFORMACIÓN									
Apellido:	Nombre:	Género: ☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento: ____/____/____						
Lenguaje: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Otro _____		Está recibiendo beneficios de: <table border="1"> <tr> <td>1) Medi-Cal</td> <td>2) CalFresh</td> <td>3) TANF</td> </tr> <tr> <td>☐ Si ☐ No</td> <td>☐ Si ☐ No</td> <td>☐ Si ☐ No</td> </tr> </table>		1) Medi-Cal	2) CalFresh	3) TANF	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
1) Medi-Cal	2) CalFresh	3) TANF							
☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No							
Seleccione lo/s que aplique/n a usted: ☐ Embarazada ☐ Amamantando ☐ Dio a luz en ultimo 6 meses ☐ Tiene niños de 5 años o menos									
Ingresos brutos mensuales:	Tamaño de familia:	Correo electrónico:	Número de Teléfono: _____						
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:						
COMENTARIOS E INQUIETUDES ADICIONALES		Tabla Directiva de Ingresos Brutos de la Familia En Vigor del 1 de mayo de 2026 al 30 de junio de 2027							
		Número de Personas en Familia Unidad*	Ingreso Anuales de Familia	Ingresos Mensuales de Familia					
		1	\$29,526	\$2,461					
		2	\$40,034	\$3,337					
		3	\$50,542	\$4,212					
		4	\$61,050	\$5,088					
		5	\$71,558	\$5,964					
		6	\$82,066	\$6,839					
		7	\$92,574	\$7,715					
		8	\$103,082	\$8,591					
Cada miembro adicional de la familia añadir:		\$10,508 por cada miembro de la familia añadida	\$876 por cada miembro de la familia añadida						

*Hijos no aun nacidos deben ser incluidos en total número de familia.

Por la presente autorizo y estoy de acuerdo con esta referencia al Programa WIC del Condado de Alameda y entiendo que WIC se pondrá en contacto conmigo.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

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: ____/____/____	

Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.