



EL PROGRAMA DE SPCC WIC

Canandaigua Office
79 S. Main Street
Canandaigua, NY 14424
Ph: 585.394.9240
Fax: 585.394.9285
Text: 585.481.8488

Newark Office
513 W. Union Street
Newark, NY 14513
Ph: 585.394.9240
Fax: 315.573.7158
Text: 585.481.8488



Visit WICstrong.com

Por Favor llamar a nuestra oficina después del nacimiento de su bebé

Su bebé será añadido a su caso y se le dará una cita. Su bebé deberá ser inscrito para que pueda recibir cheques de WIC.

Por favor de traer lo siguiente a la cita:

1. El infante (si el infante no puede asistir a la cita por razones médicas llame a la oficina)
2. Prueba de ingreso/Sueldos de todos los miembros de la familia
 - Documentación aceptable para la prueba de ingreso, tiene que ser dentro de los 30 días antes de su cita programada.

<u>Periodo de los talonarios de cheques</u>	<u># de talonarios requeridos</u>
Semanal	4
Cada 2-semanas	2
Quincenal	2
Mensual	1

3. Prueba de residencia/domicilio
4. Prueba de identidad para la madre y el infante
5. Formulario completado de WIC (atrás de esta hoja) y/o documentos de alta del Hospital para mamá y bebé y/o otra prueba de parto
6. Copias de las vacunas del bebé (si lo tiene disponible)

Vea la lista que se encuentra en el dorso del papel para los documentos de identidad, ingreso y residencia/domicilio.

Un individuo es automáticamente elegible para los servicios del WIC, si tiene: Medicaid o si algún miembro del hogar recibe SNAP- Estampillas de alimentos, TANF- Asistencia Pública. Prueba de participación en los programas antes mencionados, tienen que ser presentados en la cita de certificación.

Si tiene alguna pregunta de lo que tienen que traer para su cita, por favor llama a (585) 394-9240 la oficina de WIC y/o nos puede mandar un mensaje a (585) 481-8488

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Para otras quejas o para solicitar una audiencia imparcial

- (1) Por correo: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
Room 650, 150 Broadway, Albany, NY 12204; o
- (2) Por teléfono: La línea directa de Growing up Healthy llamando al 1-800-522-5006; o
- (3) Por correo electrónico: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

Autorización para divulgar información

Autorizo a que se provea la información de mi parto, que se encuentra en la parte inferior de este papel. Al siguiente Programa de WIC del Estado de Nueva York (_____) y autorizo al Programa WIC, para que este pueda proveer información sobre mí persona a mi proveedor médico, con el propósito de coordinar cualquier atención de salud/ médica que sea necesaria. Si me fuese a transferir a otro programa de WIC, autorizo la divulgación de esta información al programa WIC que me fuese transferir. Toda la información es considerada confidencial.

Firma del participante del WIC

Fecha

WIC Delivery Information
(To be completed by MD, PA, RN or RD only)

<u>Mother</u>	<u>Baby</u>
Mother's Name: _____	Date of Birth: ____/____/____ MALE or FEMALE
Weeks Gestation: _____ Gravida ____ Para ____	Baby's FULL Name: _____
Total Pregnancy Weight Gained _____ pounds	Birth Weight: ____lb ____oz Birth Length: _____
Post Delivery Weight _____ Date taken: ____/____/____	Discharge Weight: ____lb ____oz Date: ____/____/____
Hgb. ____ and/or Hct. ____ Date taken: ____/____/____	Hep B Vaccine Given? Y or N Date: ____/____/____
Pregnancy / Labor & Delivery Complications	Birth Defects or Medical Conditions
<input type="checkbox"/> Gestational Diabetes	<input type="checkbox"/> Medical Condition: _____
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Genetic/Congenital Disorder: _____
<input type="checkbox"/> Premature Delivery	<input type="checkbox"/> Cardiac: _____
<input type="checkbox"/> Toxemia	<input type="checkbox"/> Hypoglycemia
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____

Mother / Infant Feeding

Was **Breastfeeding Initiated** at birth? Yes No

Discharge Feeding Method:

- Breastfeeding Fully Breastfeeding with Formula Supplement _____
- Formula Feeding with → Contract Formula (Enfamil, Good Start SOY, Gentlease, or Enfamil AR) OR
- Other NYS WIC approved formula (*DOCUMENTATION REQUIRED – DOH -4456*)

Breastfeeding Problems or Concerns Noted: (*Please call the local WIC office ASAP so that we can support a successful breastfeeding experience!*)

Hospital Name:	Infant's Healthcare Provider Name (print):
Signature of MD, PA, RN or RD completing this form:	Date:

Send Completed Form To:

SPCC-WIC
CANANDAIGUA OFFICE
79 S. Main Street, Canandaigua, NY 14424
PH: 585-394-9240 TEXT: 585-481-8488 FAX: 585-394-9285