

# Aviso de poder Sección I

(El participante/padre/tutor debe completar)

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del participante/padre/tutor) (Nombre de representante designado)

Para asistir a certificación, recertificación, educación de nutrición, chequeo de bienestar y citas de seguimiento en mi nombre o en nombre de mi niño(s).

Certifico al colocar mis **iniciales en cada línea** que:

\_\_\_\_\_ Entiendo que yo soy responsable de cualquier representante designado que yo autorice.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi representante designado no necesita tener acceso a mi Tarjeta eWIC o PIN, en orden de representarme o mis dependientes durante visitas de WIC (recertificación, educación de nutrición, chequeo de bienestar y citas de seguimiento).

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Programa WIC no volverá a emitir ningún beneficio perdido, robado o extraviado por mi representante designado.

\_\_\_\_\_ Entiendo que yo puedo cancelar un Aviso de poder en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que en el evento que quisiera cancelar mi Aviso de poder, yo **DEBO** notificar a la clínica.

\_\_\_\_\_ Entiendo que este Aviso de poder está vigente durante un año.

## Representante designado de:

Nombre del participante

Fecha de nacimiento del participante

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante/padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

***Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.***

# Aviso de poder

## Sección II

(El participante/padre/tutor debe completar)

Yo certifico que al colocar mis iniciales en cada línea que:

\_\_\_\_\_ Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa, intencionalmente falsificar, ocultar, o retener hechos puede resultar en tener que pagar al Estado de Oklahoma, dinero en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos incorrectamente emitidos a mi o la persona cual estoy representando y puedo estar sujeto a procesamiento civil o criminal bajo ley estatal y federal.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad como designado apoderado de asegurar que el/los participante(s) enlistados en la página anterior, reciban beneficios WIC e información de nutrición.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, como designado apoderado, que la tarjeta eWIC y/o beneficios WIC pertenecen a la persona que estoy representando.

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del representante designado Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección Numero del Apto.

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante designado** **Fecha Firmado por el representante**

		<b>For Office Use Only:</b>
<b>eWIC Household ID</b>		
		<b>Proxy Expiration Date (1 year from date returned to clinic)</b>
<b>Clinic Staff Signature</b>	<b>Date</b>	