

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 es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

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**

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