



NEVADA WIC APPENDIX

APPENDIX ID

XX: XX

TITLE

Nevada WIC Benefit Replacement Attestation Form- Spanish

APPLIES TO

Nevada WIC Participants

EFFECTIVE DATE

###/###/####

Formulario de Declaración para el Reemplazo de Beneficios del Programa de WIC de Nevada

Nombre del participante: _____ ID de familia: _____

Declaro que los beneficios de alimentos de WIC adquiridos durante el mes actual fueron:

- ☐ Perdidos
- ☐ Dañados
- ☐ Destruídos

como resultado directo de un desastre o emergencia.

Fecha y descripción del desastre o emergencia:

Describa brevemente lo que ocurrió con los beneficios de alimentos de WIC:

Entiendo que:

- Solo se pueden reemplazar los beneficios de alimentos de WIC adquiridos durante el mes actual.
- Los beneficios de alimentos de WIC adquiridos durante meses anteriores no pueden ser reemplazados.
- La información proporcionada es verdadera y correcta según mi saber y entender.
- La cantidad de beneficios de reemplazo será determinada por la Oficina Estatal de WIC de Nevada, según las circunstancias de la pérdida, daño o destrucción de los beneficios de alimentos, teniendo en consideración la totalidad de la evidencia presentada en este formulario y dependiendo de los fondos disponibles del Programa de WIC.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que mis beneficios de alimentos de WIC fueron perdidos, dañados o destruidos como resultado del desastre o emergencia descrito en este formulario.

Firma del participante/jefe de familia

Fecha