



State of Connecticut
Department of Public Health
WIC Program

Verification Form

Payee Name _____ Family # _____

Applicant Name(s) _____ Participant ID# _____

The WIC Program requires proof of identity, residency and income in order to provide eligible applicants with program services. The Verification Form serves to assist applicants who cannot provide proof of this information with the opportunity to have a third party provide a letter to confirm an individual's identity, residency and/or income.

Please complete the following:

Print Your Name:

Signature:

Agency/Organization:

Address:

Telephone Number:

Name of person/family members applying for WIC:

1.

4.

2.

5.

3.

6.

Circle the requirement(s) for which you are providing verification and write a detailed statement to support applicant's situation:

Identity

Residency

Income (Indicate amount & frequency)

Statement:

APPROVED

NOT APPROVED

Staff:

(Signature)

(Title)

(Date)

WE RESERVE THE RIGHT TO VERIFY THIS INFORMATION

CT WIC PROGRAM VERIFICATION FORM

Explanation: The Verification Form may be completed by a reliable third party verifying identity, residency, and/or income for a WIC applicant. The individual providing the verification should have knowledge of the applicant family's situation

Instructions for staff:

- Write payee's name, family #, applicant name(s), and participant ID #.

Instructions for the third party verifier:

- Print your name.
- Print your Agency/Organization.
- Print your Address.
- Print your telephone number.
- List the names of person or persons applying for WIC.
- Circle the requirement(s) for which the applicant is unable to provide proof.
(All 3 reasons may be circled)
- In statement section, write a detailed statement of support for the family that clarifies information for the circled requirement(s).
 - Identity statements should include length of time knowing family.
 - Residency should include the street address of the WIC family, unless the family resides in a shelter for victims of domestic violence.
 - Income should include amount and frequency the family receives (e.g. \$100.00/month).

The Verification Form should be filed with the WIC Certification Form for the corresponding certification period.



Estado de Connecticut
Departamento De Salud Publica
Programa WIC

Formulario de Verificación

Nombre del Beneficiario _____ Familia # _____

Nombre del Apicante _____

No. De Id. del Participante _____

El programa WIC requiere de pruebas de identidad, residencia e ingresos para poder proporcionar los servicios del programa a los participantes que son elegibles. Los formularios de verificación sirven para asistir a los aplicantes que no pueden proporcionar pruebas de esta información, con la oportunidad de tener a una tercera persona para que proporcione una carta en la cual confirme la identidad del individuo, su lugar de residencia y/o sus ingresos.

Por favor complete lo siguiente:

Escriba en imprenta su nombre:

Firma:

Agencia/Organización:

Dirección:

Numero de Teléfono:

Nombre de las personas / miembros de la familia aplicando para el WIC:

1.

4.

2.

5.

3.

6.

Encierre en un círculo los requerimientos para los cuales usted esta proporcionando la verificación, y escriba una declaración detallada para apoyar la situación del aplicante:

Identidad

Residencia

Ingresos (Indique la cantidad y la frecuencia)

Declaración:

APROBADO

RECHAZADO

Trabajador:

(Firma)

(Título)

(Fecha)

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN

PROGRAMA WIC DE CT FORMULARIO DE VERIFICACIÓN

Explicación: El formulario de verificación debe de llenarse por una tercera persona confiable verificando la identidad, residencia y/o ingresos para un aplicante al WIC. El individuo que provea la identificación tiene que tener conocimiento de la situación de la familia aplicante.

Instrucciones para el personal:

- Escriba el nombre del beneficiario, No. De Familia, nombre(s) de (los) aplicante(s), y números de identificación del participante

Instrucciones para la tercera persona que verifica:

- Escriba con letra imprenta su nombre.
- Escriba con letra imprenta su Agencia / Organización.
- Escriba con letra imprenta su dirección.
- Escriba con letra imprenta su número telefónico.
- Liste el nombre de la persona o de las personas que aplican al WIC.
- Encierre en un círculo los requerimientos para los cuales el aplicante no puede proporcionar las pruebas.
(Todas las 3 razones deben de ser encerradas en un círculo)
- En la sección de declaración, escriba una declaración detallada de apoyo para la familia, la cual clarifica la información para los requerimientos encerrados en un círculo.
 - Las declaraciones de identidad deben de incluir el tiempo de conocer a la familia.
 - Las de residencia deben de incluir la dirección de la familia WIC, a menos que la familia resida en un refugio para víctimas de violencia doméstica.
 - Las de Ingresos deben de incluir la cantidad y la frecuencia en la que la familia la recibe, (Ej. \$100.00/al mes)

El formulario de verificación debe de ser archivado con el formulario de certificación del WIC para el período de certificación correspondiente.