

Aviso de Poder

Sección I

(Debe ser completado por Participante/Padre/Tutor)

Yo, _____ doy mi permiso a: _____
(Nombre del Participante/Padre) (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 hijo(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 emitirá 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 es efectivo por un año.

Representante de Poder Legal para:

Nombre de Participante

Fecha de Nacimiento de Participante

Firma de Participante/Padre/Tutor

Fecha

Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.

Aviso de Poder Sección II

(Debe ser completado por Participante/Padre/Tutor)

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, 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.

Imprima Nombre de Representante Designado Número de Teléfono

Dirección Numero de Apt.

Ciudad Estado Código Postal

Firma de Representante Designado

Fecha Firmado por Representante

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