

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	(1 year from date returned to clinic)
Date	