# Model WIC online application in Spanish/Modelo de solicitud del Programa WIC en línea

The below document provides Spanish translations of the model online application questions included in the [Model WIC online application toolkit](https://www.fns.usda.gov/wic/application-toolkit). Please refer to the English version for additional tips and context on the included questions. When using these translations, be sure to customize as appropriate for your State agency.

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

## Section 1: Introduce the application

**Iniciar una solicitud para el Programa WIC en [Agencia Estatal]**

El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas elegibles con alimentos saludables, apoyo a la lactancia materna, educación nutricional y referencias a otros recursos locales.

Este formulario inicia el proceso de solicitud para registrarse en el Programa WIC. Aproximadamente le tomará 5 minutos para completarlo. Complete la solicitud para usted o en representación de un niño/niña (esto incluye a los niños/niñas de crianza temporal).

Para llenar este formulario, necesitará la siguiente información:

* El número de personas que conforman su hogar
* Cálculo de los ingresos de su hogar
* Información sobre otros programas de asistencia del que reciba beneficios

Después de enviar el formulario, su clínica local del Programa WIC se contactará con usted dentro de [X] días laborables para programar una cita virtual.

Su información permanecerá segura y confidencial.

Nota: Si usted ya utiliza el Programa WIC y necesita ayuda, por favor contacte la clínica local WIC donde recibe beneficios.

Iniciar

Declaración de no discriminación | USDA es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **¿Quiénes cuentan como miembros de mi hogar?**  Su hogar son todas las personas con las que vive y comparte ingresos y gastos. Esto incluye a los niños/niñas, personas con las que no tiene parentesco, estudiantes que residen en universidades lejos de casa y miembros del servicio militar, aunque estén en servicio activo fuera de la zona. Si hay una persona embarazada en su hogar, tiene la opción de añadir una persona por cada nacimiento esperado a la lista de miembros de su hogar.  En el Programa WIC, cada niño/niña de crianza temporal se considera un hogar individual. Llene una solicitud separada en representación de cualquier niño/niña de crianza temporal y para el resto del hogar. Si no está seguro del número de personas que conforman su hogar, su clínica local de WIC puede proveer más información.  **Cerrar** |

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

## Section 2: Check eligibility

‹ Atrás

Obligatorio:

**¿Vive usted en [agencia estatal]?**

* Sí
* No

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Obligatorio (seleccione todo lo que corresponda):

**¿Cuáles de las siguientes situaciones le corresponde a usted o alguien en su hogar?**

Su hogar se compone de todas las personas con las que vive y comparte ingresos y gastos. Infórmese sobre quién cuenta en su hogar.

En el Programa WIC, cada niño/niña de crianza temporal se considera un hogar individual. Llene una solicitud separada en representación de cualquier niño/niña de crianza temporal y una para el resto del hogar.

* Está embarazada
* Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses
* Ha tenido un embarazo que ha concluido en los últimos 6 meses
* Está amamantando a su bebé de hasta 12 meses de edad
* Es un niño o niña menor de 5 años
* Es un niño/niña de crianza temporal que cumple cualquiera de los criterios anteriores.
* Ninguna de las anteriores

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Obligatorio:

**¿Usted o alguien en su hogar ha recibido beneficios de WIC anteriormente?**

* Sí, yo o alguien en mi hogar hemos recibido beneficios de WIC anteriormente en [agencia estatal]
* Sí, yo o alguien en mi hogar actualmente recibimos beneficios de WIC en [agencia estatal]
* Sí, yo o alguien en mi hogar recibimos beneficios de WIC de [agencia estatal] luego de una mudanza reciente o una mudanza futura fuera de [agencia estatal]
* No
* No estoy seguro

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Obligatorio (seleccione todo lo que corresponda):

**¿Usted o alguien en su hogar está inscrito en alguno de los siguientes programas?**

Participar en cualquiera de estos programas le hace automáticamente elegible para el Programa WIC en base a sus ingresos. También puede ser elegible en base a los ingresos de su hogar.

* Medicaid
* SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
* TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
* [Inserte aquí el nombre exacto del programa de su agencia]
* Ninguna de estas

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Todas las respuestas son obligatorias:

**Verifique su elegibilidad en base a los ingresos de su hogar**

Usted debe tener ingresos que sean elegibles para poder participar del Programa WIC.

**¿Cuántas personas conforman su hogar?**

Su hogar son todas las personas con las que vive y comparte ingresos y gastos. Esto incluye a los niños/niñas, personas con las que no tiene parentesco, estudiantes que residen en universidades lejos de casa y miembros del servicio militar, aunque estén en servicio activo fuera de la zona. Si hay una persona embarazada en su hogar, tiene la opción de añadir una persona por cada nacimiento esperado a la lista de miembros de su hogar.

|  |
| --- |
|  |

**¿El ingreso total de su hogar se encuentra por debajo de las cantidades en la siguiente tabla?**

Si usted no está seguro de la cantidad de sus ingresos, seleccione "No estoy seguro". Un miembro del personal de WIC le ayudará a responder preguntas sobre su situación cuando realicen el seguimiento a su solicitud.

Sume todas las fuentes de ingreso incluyendo:

* Salarios y propinas (antes de impuestos y deducciones)
* Manutención de los hijos y pensión alimenticia
* Desempleo
* Seguro social
* Compensación del trabajador
* Beneficios por incapacidad
* Pagos de jubilación

No incluya ingresos de préstamos, AmeriCorps, ni asistencia no monetaria. También, no incluya algunas exenciones de ingresos militares.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Máximo anual**    $51,338 | **Máximo mensual**    $4,279 | **Máximo quincenal**    $1,975 | **Máximo semanal**    $988 |

* Sí
* No
* No estoy seguro

**Continuar**

|  |
| --- |
| **Algunas exenciones de ingresos militares**  Si su hogar incluye a un miembro del servicio militar, no incluya los ingresos de la paga de combate (“combat pay”), el Subsidio Básico para Vivienda (BAH, por sus siglas en inglés), el Subsidio por Costo de Vida en el Extranjero de los Estados Unidos Continentales (OCONUS COLA, por sus siglas en inglés), el Subsidio Suplementario de Subsistencia Familiar (FSSA, por sus siglas en inglés), el Subsidio de Separación Familiar (FSH, por sus siglas en inglés), o el Subsidio de Vivienda en el Extranjero (OHA, por sus siglas en inglés).  **Cerrar** |

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

### **En base a sus respuestas, probablemente no es elegible para WIC**

Si respondió “Ninguna de estas” a la pregunta “¿Cuál de las siguientes opciones le corresponde a usted o a alguien de su hogar?” no califica. Para recibir beneficios de WIC en [agencia estatal], debe seleccionar una de las opciones.

Si aún piensa que podría ser elegible, por favor llame a [agencia estatal] WIC al XXX-XXX-XXXX.

También puede visitar [hiperenlace] para obtener información sobre otro tipo de asistencia en [agencia estatal].

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

## Section 3: Collect contact information

|  |
| --- |
| **¡Gracias! En base a sus respuestas, es probable que usted sea elegible para WIC.**  Necesitaremos más información para que su clínica local de WIC pueda ponerse en contacto con usted. |

‹ Atrás

Es obligatorio llenar todos los espacios en blanco:

**Háblenos de usted**

Toda la información debe coincidir exactamente con su documento de identidad (por ejemplo, la licencia de conducir o el certificado de nacimiento) que proveerá a la oficina de WIC.

**Su nombre legal**

Ingrese su nombre tal como aparece en su documento de identidad, no su sobrenombre.

**Nombre**

|  |
| --- |
|  |

**Apellido**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha de nacimiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes | Día | Año |

**Su código postal**

Esto le garantiza que su información llegue a la clínica del WIC más cercana.

*5 dígitos, por ejemplo 99999*

|  |
| --- |
|  |

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Es obligatorio llenar todos los espacios en blanco:

**Agregar la información de los niños/niñas**

Llene una solicitud ingresando la información de su(s) hijos (incluyendo los niños/niñas de crianza temporal) menores de 5 años. Toda la información debe coincidir exactamente con el documento de identidad (por ejemplo, el certificado de nacimiento) que usted proporcionará a la oficina del WIC.

**¿Cuántos niños/niñas hay en su hogar?**

|  |
| --- |
|  |

**Primer niño o niña**

**Nombre legal**

Ingrese el nombre tal como aparece en la identificación, no un sobrenombre.

**Nombre**

|  |
| --- |
|  |

**Apellido**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha de nacimiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes | Día | Año |

**Segundo niño o niña**

**Nombre legal**

Ingrese el nombre tal como aparece en la identificación, no un sobrenombre.

**Nombre**

|  |
| --- |
|  |

**Apellido**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha de nacimiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes | Día | Año |

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Obligatorio (seleccione todas las opciones que correspondan):

**Preferencia de contacto**

Para hacer una cita, tendremos que contactarle. Por favor, seleccione todos los métodos de contacto que prefiera.

● Llamada telefónica

● Mensaje de texto/SMS

● Correo electrónico

● Sin preferencia

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹Atrás

Todos los espacios para llenar son obligatorios:

**Contacto por teléfono**

Su clínica local de WIC recibirá su información y se comunicará con usted para programar una cita dentro de [X] días laborables.

**El mejor número para llamarle**

*10 dígitos con un código de área de EE. UU., por ejemplo, 999-999-9999*

|  |
| --- |
|  |

**¿Cuál es la mejor hora para llamarle?**

● Mañanas (de 8 a.m. a 12 p.m.)

● Tardes (de 12 p.m. a 6 p.m.)

● Sin preferencia

**¿Personal de WIC puede dejarle un mensaje de voz?**

Si usted comparte un teléfono con otras personas, y quiere mantener confidencial su solicitud, seleccione no.

● Sí, puede dejar un mensaje de voz

● No

**El mejor número para enviarle un mensaje de texto**

● El número para llamar y textear es el mismo

*10 dígitos con un código de área de EE. UU., por ejemplo, 999-999-9999*

|  |
| --- |
|  |

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Es obligatorio llenar todos los espacios en blanco:

**Contacto por correo electrónico**

El personal de su clínica local de WIC recibirá su información y se comunicará con usted dentro de [X] días laborables para programar una cita.

**Correo electrónico**

|  |
| --- |
|  |

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

## Section 4: Collect other information ahead of an appointment

‹ Atrás

|  |
| --- |
| **Ya casi termina.**  Hay unas cuantas preguntas más que estamos obligados a hacerle. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad para WIC. |

Todas las respuestas son opcionales:

**Origen étnico y raza**

Recopilamos esta información para comprender a quién/quiénes WIC asiste y mejorar el programa. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad para WIC. Puede leer nuestro aviso de no discriminación aquí.

**Origen étnico**

**¿Se auto identifica como hispano/a o latino/a?**

*Seleccione una:*

● Sí

● No

**Raza**

¿Cuáles de las siguientes opciones le describen mejor? Seleccione todas las que correspondan:

Por ejemplo, "negro o afroamericano" y "blanco"

● Indio americano o nativo de Alaska

● Asiático

● Negro o afroamericano

● Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

● Blanco

● Alguna otra raza

**Continuar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

‹ Atrás

Todos los campos son opcionales:

**Registro de votantes**

Los programas de beneficios como WIC están obligados a ayudar a los solicitantes a registrarse para votar. Está bien si no quiere o no puede registrarse para votar. Su decisión **no** afectará su elegibilidad para WIC ni los beneficios que recibirá. Si decide registrarse para votar, recibirá un formulario y asistencia durante su cita.

**Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le interesaría registrarse para votar?**

● Sí, quiero registrarme para votar

● No, no quiero registrarme para votar

Si no selecciona ninguna de las dos opciones, será catalogado como un solicitante que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

Entienda sus derechos como votante

**Continuar**

|  |
| --- |
| **Entienda sus derechos como votante**  Su decisión de registrarse para votar o negarse a solicitar el registro del votante, no afectará su elegibilidad para WIC ni la cantidad de asistencia que le brindará esta agencia.  Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos durante su cita. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.  Puede presentar una queja ante [X], si cree que alguien ha violado su derecho a:  ● registrarse  ● negarse a registrarse  ● mantener su privacidad al decidir si se registra  ● solicitar el registro para votar  ● elegir su propio partido político u otra preferencia política.  **Cerrar** |

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

## Section 5: Review and submit information

‹ Atrás

**Revisión**

Revise la información de esta página antes de enviarla. Si necesita hacer cambios, seleccione "Editar" para regresar a la sección que desea cambiar.

**Preguntas de elegibilidad**

● **¿Vive en [agencia estatal]?**

○ Sí, Editar

**● Cuál de las siguientes opciones le corresponde a usted o a alguien de su hogar?**

○ Está embarazada Editar

○ Es un niño o niña menor de 5 años. Editar

● **¿Usted o alguien de su hogar ha recibido beneficios de WIC antes?**

○ No editar

● **¿Usted o alguien de su hogar está inscrito en alguno de los siguientes programas?**

○ Ninguno de estos Editar

● **El ingreso total de su hogar ¿está por debajo de los montos de la siguiente tabla?**

○ Sí Editar

**Háblenos de usted**

● **Nombre**

○ Ángela Editar

● **Apellido**

○ Sánchez Editar

● **Fecha de nacimiento**

○ 01/01/2000 Editar

● Su c**ódigo postal**

○ 12345 Editar

**La información de los niños/niñas**

● **¿Cuántos niños/niñas hay en su hogar?**

○ 2 Editar

● **Primer niño o niña**

● **Nombre**

○ Carlos Editar

● **Apellido**

○ Sánchez Editar

● **Fecha de nacimiento**

○ 10/19/21 Editar

● **Segundo niño o niña**

● **Nombre**

○ María Editar

● **Apellido**

○ Sánchez Editar

● **Fecha de nacimiento**

○ 9/20/23 Editar

**Información de contacto**

● **Preferencia de contacto**

○ Llamada telefónica Editar

○ Mensajes de texto/SMS Editar

○ Correo electrónico Editar

● **El mejor número para llamarle**

○ (123) 456-7890 Editar

● **¿Cuál es el mejor momento para llamarle?**

○ Mañanas (de 8 a 12 h) Editar

● **¿Puede un representante de su clínica dejarle un mensaje de voz?**

○ Sí, puede dejar un mensaje de voz Editar

● **El mejor número para enviarle mensajes de texto**

○ (123) 456-7890 Editar

● **Dirección de correo electrónico**

○ angela.sanchez@email.com Editar

**Origen étnico y raza**

● **Origen étnico**

● ¿Se auto identifica como hispano o latino?

○ Sí Editar

● **Raza**

● ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor?

○ Indio americano o nativo de Alaska Editar

○ Blanco Editar

● **Registro del votante**

● Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le interesaría registrarse para votar?

○ Sí, quiero registrarme para votar Editar

**Enviar**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**

**Confirmación**

|  |
| --- |
| **Gracias por enviar su información**  Personal de WIC se comunicarán con usted en [X] días laborables para darle seguimiento a su solicitud. Si usted tiene una necesidad urgente de obtener alimentos o fórmula para bebé antes del periodo de tiempo previamente estipulado, por favor, llámenos al XXX-XXX-XXXX |

**Prepárese para su cita virtual**

Necesitará los siguientes documentos para su cita:

● Documentos de identidad (como una licencia de conducir o un certificado de nacimiento)

● Verificación de domicilio (como una factura de un servicio de luz o agua)

● Verificación de participación en los programas Medicaid,TANF, o SNAP, solo si es relevante

● Verificación de ingresos (como [X] talonarios de pago recientes) si no está inscrito en Medicaid,TANF o SNAP

● [Inserte aquí cualquier otro documentos específicos que se necesite como prueba de embarazo o los documentos del nacimiento de su bebé]

El personal de WIC le ayudará durante su cita si tiene dificultades o preguntas.

En la cita, revisaremos sus documentos y confirmaremos su elegibilidad para obtener servicios del programa WIC. También hablaremos sobre su salud y la de sus niños/niñas.

**Regresar a la página de WIC de [agencia estatal]**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------**