

收入证明

请携带一份可证明您家庭内各成员收入的文件, 例如:

- 每位 WIC 申请人的纽约州 Medicaid 医疗补助通用福利识别卡 (CBIC) 或含 CIN (客户识别号) 的 Medicaid 医疗补助护理计划管理卡
- 列明各家庭成员且注明日期的 SNAP (食品券) 决策/预算信通知
- 列明各家庭成员的 TANF 决策通知
- 各位就业家庭成员的所有工资单/直接存单 (过去 30 天内)
- 赡养费/儿童抚养费
- 劳工工伤赔偿
- 失业福利/残疾福利
- 银行对帐单
- 存款或现金收入使用情况
- 认证验证 (VOC) 卡 (适用于转入者)
- 自主创业者所得税记录
- 其他收入相关佐证书
- 雇主书面陈述
- 休假与薪金清单 (L&E) (仅适用于军人)
- 社会保障金
- 养老金
- 利息/红利/特权清单
- 寄养服务薪资 (例如 Medicaid 医疗补助不可用)
- 如果您无收入, 则需签署一份声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策, 严禁 USDA 及其代理处、办公室和雇员, 以及参与或管理 USDA 计划的机构基于种族、肤色、民族、性别、残疾、年龄歧视任何人, 或由于在 USDA 实施或资助的任何计划或活动中的任何民权活动对任何人实施打击报复。

需要通过其它沟通方式 (例如盲文、大字印刷、录音带、美国手语等) 获取计划信息的残疾人应与申请福利所在的 (州或当地) 代理处联系。耳聋、患有听力障碍或言语残疾的人士可致电 (800) 877-8339, 通过联邦信息传递服务与 USDA 联系。此外, 代理处也可以使用英语以外的其它语言提供计划信息。

如需对项目进行歧视投诉, 请填写 USDA 项目歧视投诉表 (AD-3027), 请在网站: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 上以及任何 USDA 办事处获取投诉表格或致函 USDA, 并提供该表格所需信息。如需获取投诉表, 请致电 (866) 632-9992。您可以通过下列地址将填好的表格或信函邮寄至 USDA:

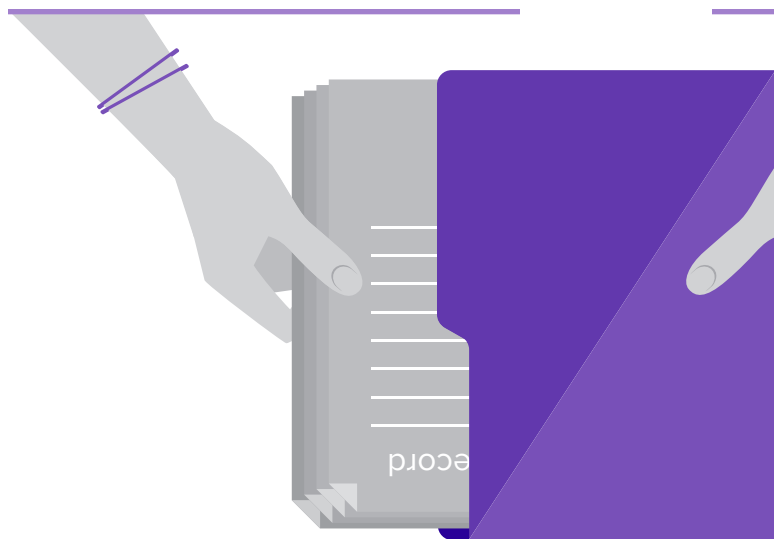
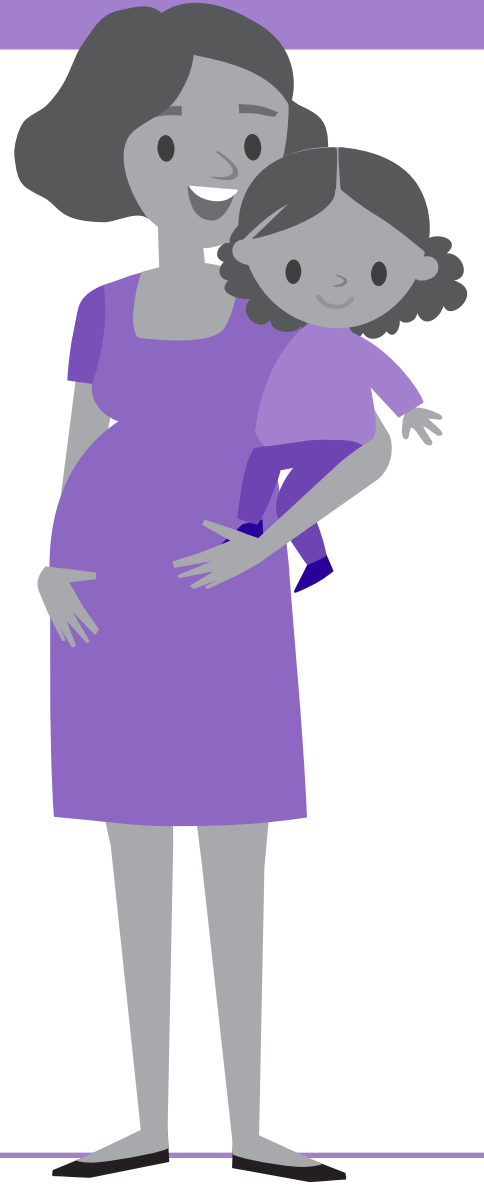
- (1) 邮寄地址: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary
for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202) 690-7442; 或
- (3) 电子邮箱: program.intake@usda.gov.

如需提出其它投诉或要求召开公平听证会, 请联系:

- (1) 邮寄地址: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
Room 650, 150 Broadway
Albany, NY 12204; 或
- (2) 电话: (800)522-5006 传真: (518)402-7348; 或
- (3) 电子邮箱: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV



赴 WIC 预约时所需携带的资料



- 当前租赁或按揭贷款文件
- 含当前地址的工资单
- 含当前地址和带有照片的身份证。
- 含近期邮戳、街道名及街区地址的信件 (如):
- 公共事业费账单
- 手机账单
- 含近期邮戳的信封/明信片
- WIC 预约提醒卡
- 仅适用于军人 (示例如下):
- 使用信头纸且由连长寄出的信件
- 由纽约军事驻地下达的军事命令

请携带一份可证明您当前居住地的文件

居住证明

- 含照片的身份证明 (如):
- 驾驶执照或驾驶学员许可证
- 除驾驶执照外的其他身份证明
- 军人身份证明
- 员工身份证明
- 学生身份证明
- 出生证明
- 洗礼记录
- 公民身份文件 (示例如下):
- 护照/签证
- 永久居留卡 (绿卡)
- 入籍证明
- 公民证明
- 法庭文件 (示例如下):
- 收养记录
- 寄养安置信
- 监护文书
- 医疗服务提供者或注射记录
- 医院记录/婴儿摇篮卡/医院 ID 手环 (年龄在 6 个月以下)
- 墨西哥领馆身份证
- 投票登记卡
- 社会保障卡

请携带一份可证明您身份的

身份证明

- 孕妇:
- 完整填写并签字的 WIC 医疗转诊表
- 注明日期并签字的医疗服务提供者声明, 其中须载明预计生产日期
- 由医疗服务提供者完整填写并签字的 Medicaid 医疗补助假定资格筛查表
- 含日期及孕妇姓名的超声波影像
- 选择母乳喂养的母亲及子女年龄不足 6 个月的母亲:
- 完整填写并签字的 WIC 医疗转诊表
- 注明日期并签字的医疗服务提供者声明
- 注明日期并签字的 WIC 医疗转诊表
- 完整填写并签字的 WIC 医疗转诊表
- 注明日期并签字的 WIC 医疗转诊表
- 出生证明
- 洗礼记录
- 医院或医疗服务提供者记录

请携带一份可证明您属于 WIC 服务人群的文件

WIC 欢迎您