

# 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**

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