

Департамент охорони здоров'я й обслуговування осіб старшого віку
штату Міссурі
Програма WIC штату

АФІДЕВІТ ПРО ВІДСУТНІСТЬ ДОХОДІВ

№ домогосподарства : _____

Я, _____, цим присягаю, що мої загальні доходи становлять \$0.00. Зараз у мене немає НІЯКИХ доходів. Я отримую продовольчі продукти та житло в обмін на щось інше.

Я засвідчую, що надана мною інформація, наскільки мені відомо, вірна. Я розумію, що навмисно зроблене неправдиве твердження або таке твердження, що вводить в оману, або навмисне спотворювання, приховування або замовчування фактів може призвести до виплати державному агентству грошової вартості неправильно наданих мені продуктових пільг і переслідування мене в цивільному або кримінальному порядку відповідно до штатних і федеральних законів.

(Підпис учасника/батька/офіційного опікуна)

(Дата)

(Підпис учасника/батька/офіційного опікуна)

(Дата)

Правила участі у програмі WIC однакові для всіх осіб, незалежно від раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі. Щоб подати скаргу про дискримінацію, напишіть за адресою: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або безплатно зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосовий). Особи з порушеннями слуху чи мовлення можуть зв'язатися з USDA через Федеральну релейну службу за номером (800) 877-8339 чи (800) 845-6136 (іспанська).