DEPARTAMENT ZDROWIA STANU NOWY JORK
Wydział Żywienia/Program dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)

Formularz upoważnienia

Jeżeli chcą Państwo upoważnić inną osobę, która będzie Państwa reprezentować w sytuacjach, gdy nie mogą się Państwo stawić na umówione wizyty w ramach programu WIC lub realizować bony żywnościowe, proszę zaznaczyć opcję Rodzic/współmałżonek/partner, Przedstawiciel lub Pełnomocnik. Do reprezentowania można wybrać maksymalnie dwie osoby, lecz nie jest to wymagane.

Niniejszy formularz nie upoważnia do udostępniania dokumentów z programu WIC.

Wypełnia urząd

Data weryfikacji:_____

Data anulowania:_____

Inicjały uczestnika:_____

Imię i nazwisko uczestnika (imiona i nazwiska uczestników)	**Osobiste numery identyfikacyjne WIC**

☐ **Rodzic/współmałżonek/partner**

- ma te same prawa w ramach programu WIC, jak rejestrujący się rodzic/współmałżonek/partner
- może powołać Przedstawiciela lub Pełnomocnika
- może podpisywać wszystkie wymagane formularze
- może Państwa reprezentować podczas wizyt związanych z potwierdzeniem uprawnienia
- może reprezentować Państwa podczas wizyt związanych z potwierdzeniem uprawnienia Państwa dzieci
- może reprezentować Państwa i/lub Państwa dzieci podczas wizyt związanych z nauczaniem zasad żywienia
- może odbierać i realizować Państwa bony żywnościowe

☐ **Przedstawiciel**

- musi być osobą odpowiedzialną za podstawową opiekę nad uczestnikiem i być w stanie udzielić informacji na temat zwyczajów żywieniowych i stanu zdrowia uczestnika (uczestników)
- może podpisywać wszystkie wymagane formularze
- może reprezentować Państwa podczas wizyt związanych z potwierdzeniem uprawnienia Państwa dzieci
- może reprezentować Państwa i/lub Państwa dzieci podczas wizyt związanych z nauczaniem zasad żywienia
- może odbierać i realizować Państwa bony żywnościowe

☐ **Pełnomocnik**

- może reprezentować Państwa i/lub Państwa dzieci podczas wizyt związanych z nauczaniem zasad żywienia
- może odbierać i realizować Państwa bony żywnościowe

Podpis _____ Data _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) _____

Adres _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Nr telefonu _____

Weryfikacja zgodności informacji	
Inicjał/data	Inicjał/data
Inicjał/data	Inicjał/data
Inicjał/data	Inicjał/data
Inicjał/data	Inicjał/data

Pouczyłem/-am wyżej upoważnionego rodzica/współmałżonka/partnera, przedstawiciela lub pełnomocnika w zakresie regulaminu programu WIC, w tym o prawidłowym wykorzystaniu bonów żywnościowych w placówkach je przyjmujących. Rozumiem, że jestem odpowiedzialny/-a za nieodpowiednie lub niezgodne z prawem korzystanie z programu WIC przez tę osobę.

Podpis uczestnika/rodzica/opiekuna (podpisywać tylko wypełniony formularz) _____ Data _____