



# Parent/Guardian #2 and/or Caretaker Designation Form



Parent/Legal Guardian Name: \_\_\_\_\_

Family ID#: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian #2 Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

and/or

Designated Caretaker Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**For Parent/Legal Guardian: Please check the boxes below. Note that in order for this form to be valid, all boxes must be checked.**

- I, the parent/legal guardian of the infant(s)/child(ren) in the family number listed above, give permission for the person(s) listed above to be the caretaker(s) of the infant(s)/child(ren). This certifies that the caretaker(s) will receive education about the nutritional needs of the infant(s)/child(ren), along with food benefits issuance and an eWIC card for food redemption for the infant(s)/child(ren).
- I assure that I have provided the caretaker(s) with detailed knowledge of the nutritional needs and eating habits of the infant(s)/child(ren).
- I give permission to the caretaker(s) to provide consent, on my behalf, to WIC to take the height and weight of the infant(s)/child(ren), and to collect blood measurements from them.
- I give permission to the caretaker(s) to sign the *Rights and Responsibilities Form*.
- I understand that I am responsible for all actions of the caretaker(s) acting on my behalf.
- I understand that I am responsible for assuring that the caretaker(s) will follow all WIC program rules.

**The parent/guardian #2 and/or caretaker must bring this form, your eWIC card, and proof of his/her identification to the WIC local agency.**

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Legal Guardian* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian #2* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Caretaker* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Local Agency Staff* *Date*

This institution is an equal opportunity provider.



# Formulario para la designación del/de la Padre/madre/tutor(a) y/o encargado(a) #2



Nombre del padre/madre/tutor(a)/encargado(a): \_\_\_\_\_

Número de identificación familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del padre-madre/tutor(a) #2: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

y/o

Nombre del/de la encargado(a) designado(a): \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

**Padre/madre/tutor(a)/encargado(a): por favor marque las casillas de las siguientes opciones. Tenga en cuenta que para que este formulario sea válido, todas las casillas tienen que estar marcadas.**

- Yo, el(la) padre-madre/tutor(a) de(del) el(los) bebé(s)/niño(s) en la familia anteriormente mencionada, doy permiso a las personas arriba mencionadas para que sean encargado(s)(as) de este(os) bebé(s)/niño(s). Esto certifica que el(la)(los) encargado(s)(as) recibirá(n) educación sobre las necesidades nutricionales de el(los) bebé(s)/niño(s), junto con los beneficios para alimentos y recibirán también una tarjeta eWIC para poder comprar los alimentos para el(los)(as) del(os) bebé(s)/niño(s).
- Yo aseguro que le he provisto a/el(la) encargado(a), información detallada de las necesidades nutricionales y los hábitos alimenticios de el/los bebé(s)/niño(s).
- Yo le doy permiso a/el(la) encargado(a) para que mi nombre, le conceda el permiso a WIC para que se mida y pese a el(los) bebe(s)/niño(s) y también a que le tomen una muestra de sangre.
- Yo le doy permiso a el(la) encargado(a) para que firme el formulario sobre los derechos y responsabilidades.
- Yo entiendo que soy responsable por todas las acciones que el(la) encargado(a) haga en mi nombre.
- Yo entiendo que soy responsable de asegurarme que el(la) encargado(a) cumpla con las reglas del Programa WIC.

**El padre-madre/tutor(a) y/o encargado(a) tiene que traer a esta agencia local de WIC, este formulario junto con la tarjeta eWIC y su prueba de identificación.**

<i>Firma del padre/madre/tutor</i>	<i>Fecha</i>
<i>Firma del padre/madre/tutor #2</i>	<i>Fecha</i>
<i>Firma de los(la(s) encargado(s)(a)</i>	<i>Fecha</i>
<i>Firma del personal de la agencia local</i>	<i>Fecha</i>

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.