뉴욕주 보건국
영양부/WIC 프로그램

승인 양식

WIC 미팅에 참석할 수 없거나 식품 교환권 등을 본인이 직접 수령할 수 없어 다른 사람에게 위임하려는 경우 부모/배우자/파트너, 대표자 또는 대리인을 선택해 주십시오. 최대 2 명까지 본인을 대리시킬 수 있으나 필수는 아닙니다.

이 양식으로 인해 WIC 기록이 공개되지는 않습니다.

공식적 용도

확인일: _____

만료일: _____

참여자 이니셜: _____

참여자 이름	개인 WIC ID 번호

☐ **부모/배우자/파트너**

- 등록된 부모/배우자/파트너로서 WIC 프로그램에 대한 동일한 권리를 보유합니다.
- 대표자 또는 대리인을 허가할 수 있습니다.
- 모든 필수 양식에 서명할 수 있습니다.
- 인증 미팅에서 귀하를 대리할 수 있습니다.
- 귀 자녀의 인증 미팅에서 귀하를 대리할 수 있습니다.
- 영양 교육 미팅에서 귀하 및/또는 귀 자녀를 대리할 수 있습니다.
- 식품 교환권을 수령하고 교환할 수 있습니다.

☐ **대표자**

- 참여자의 1차 건강 관리에 책임이 있는 당사자여야 하고 참여자의 식습관 및 의료 질환에 대한 정보를 제공할 수 있어야 합니다.
- 모든 필수 양식에 서명할 수 있습니다.
- 귀 자녀의 인증 미팅에서 귀하를 대리할 수 있습니다.
- 영양 교육 미팅에서 귀하 및/또는 귀 자녀를 대리할 수 있습니다.
- 식품 교환권을 수령하고 교환할 수 있습니다.

☐ **대리인**

- 영양 교육 미팅에서 귀하 및/또는 귀 자녀를 대리할 수 있습니다.
- 식품 교환권을 수령하고 교환할 수 있습니다.

서명 _____ 날짜 _____

이름(정자체로 기입) _____

주소 _____ 아파트 호수 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____

올바른 정보의 확인

이니셜/날짜	이니셜/날짜
이니셜/날짜	이니셜/날짜
이니셜/날짜	이니셜/날짜
이니셜/날짜	이니셜/날짜

본인은 상기 허가된 부모/배우자/파트너, 대표자 또는 대리인에게 교환 장소에서 식품 교환권의 적절한 사용 방법을 포함한 WIC 프로그램의 규칙 및 규정에 대해 설명했습니다. 본인은 상기 언급된 사람에 의해 WIC 프로그램 이용의 부적절성이나 사기 행위가 발생하는 경우 그에 대해 책임이 있음을 이해합니다.

참여자/부모/보호자 서명 (양식 작성을 마친 후에만 서명할 것) _____ **날짜** _____