



CACFP Food Program Enrollment Form

Center Name:

Phone Number:

Niño 1	1 – Nombre y Apellido del niño:	Niño 2	1 – Nombre y Apellido del niño:
	2 – Fecha de Nacimiento:		2 – Fecha de Nacimiento:
	3 – Fecha de Matriculación:		3 – Fecha de Matriculación:
	4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday		4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
	5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack		7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack
(Solo Para El Uso De La Agencia) Withdrawal Date:		(Solo Para El Uso De La Agencia) Withdrawal Date:	

Niño 3	1 – Nombre y Apellido del niño:	Niño 4	1 – Nombre y Apellido del niño:
	2 – Fecha de Nacimiento:		2 – Fecha de Nacimiento:
	3 – Fecha de Matriculación:		3 – Fecha de Matriculación:
	4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday		4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
	5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack		7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack
(Solo Para El Uso De La Oficina) Withdrawal Date:		(Solo Para El Uso De La Oficina) Withdrawal Date:	

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el formulario de inscripción e ingreso para el CACFP, así todo suplementaria información, incluyendo la forma 1625A, Construyendo Para El Futuro y WIC.

<p>Ha finalizado los 7 pasos para cada niño?</p>	8 – La Firma de Padre o Guardián	9 – La Fecha de Firma
	Dirección de correo electrónico del Padre o Guardián	No. de teléfono de Padres o Guardián



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos)	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe			
	SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
(Ejemplo) Jane Smith	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes _____	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - _____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: _____ Anote una o más identidades raciales: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> hispano o latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Negro o Africano-Americano | |

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

- Sí** acepto que la información de mi familia sea divulgada.
- No** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: _____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita _____ Reducida _____ Negada _____ Nivel I _____ Nivel II _____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta está destinada a los padres o guardiánes de los niños matriculados en una guardería infantil. Este centro ofrece comidas saludables a todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) infantil y adulto Care Food Program (CACFP). El CACFP provee reembolsos para comidas saludables y meriendas servidos a niños inscritos en la guardería. Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP rellenando el formulario de elegibilidad de ingresos comida beneficio adjunto. Además, rellenando este formulario, podremos determinar si su niño califica para libre o comidas a precio reducido.

- 1. Es necesario llenar un formulario de beneficio de comida para cada uno de mis hijos en la guarderías?** *Puede completar y someter un formulario de elegibilidad de ingresos CACFP comida beneficio para todos los niños inscritos en cuidado de niños en su hogar sólo si los niños en cuidado de niños están matriculados en el mismo centro. No podemos aprobar de una forma que no está completa, así que asegúrese de leer detenidamente las instrucciones y complete toda la información requerida. Devuelva el formulario a nuestro centro.*
- 2. Quién puede recibir comidas gratis sin proporcionar información de ingresos?** *Niños en hogares que Supplemental Nutrition Assistance programa (SNAP) (antes estampillas para comida), Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) pueden obtener comidas gratis. Los niños (referencia pregunta #8 para obtener más información sobre niños de crianza) y los niños inscritos en Head Start Programa (HSP), Programa de Head Start Temprano (EHSP) o Programa de Inicio Incluso (ESP) y no han entrado en kindergarten) también son elegibles para comidas gratis. Hogares con niños matriculados en HSP, EHSP o ESP pueden proporcionar una carta de certificación del programa de inscripción de hijo y no es necesario completar el formulario de elegibilidad de CACFP comida beneficio ingresos.*
- 3. Quién puede recibir comidas a precio reducido?** *Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla de Ingresos, enviados con esta aplicación. Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas a precio reducido.*
- 4. Puedo llenar un formulario si alguien en mi hogar no es un ciudadano de los Estados Unidos?** *Sí. Usted o sus hijos no debe de ser ciudadanos de Estados Unidos para calificar para beneficios de la comida ofrecidas en el centro de cuidado niños.*
- 5. Que debo incluir como miembros de mi familia?** *Usted debe incluir a todos en su hogar (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted) que comparte ingresos y gastos. Debe incluir a usted y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir a niños de crianza que vivan con usted.*
- 6. Cómo reportar información de ingresos y cambios en el estado de empleo?** *Los ingresos se informe debe ser el ingreso bruto total listado por fuente para cada miembro del hogar recibieron el mes pasado. Si los ingresos del último mes no reflejan con precisión las circunstancias, puede proporcionar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no se ha producido ningún cambio significativo, puede utilizar ingresos del último mes como base para hacer esta proyección. Si tu ingresos son igual a o menor que las cantidades indicadas para el tamaño de la unidad familiar en el adjunto cuadro de ingresos, el centro recibirá un mayor nivel de reembolso. Una vez debidamente aprobados gratis o reducido precio prestaciones, ya sea por ingresos o proporcionar una corriente de SNAP, TANF, FDPIR número del caso, seguirá siendo elegible para los beneficios por 12 meses. Usted debe notificarnos, sin embargo, si usted o alguien en su hogar se convierte en desempleados y la pérdida de ingresos provoca su ingreso dentro de las normas de elegibilidad.*
- 7. Y si mi ingreso no es siempre lo mismo?** *Escribe la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 cada mes, pero faltó un trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, dejó que usted recibe \$1000 al mes. Si usted normalmente recibe horas extras, que incluyen, pero no se si usted sólo lo consigue a veces.*
- 8. Qué pasa si tengo niños de crianza?** *Los niños que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de crianza están elegibles para comidas gratis. Cualquier niño en el hogar es elegible para comidas gratis independientemente del ingreso. Hogares pueden ser a acogidos en la forma de beneficio de la comida, pero no tienen que incluir los pagos recibidos por el niño como ingresos. Hogares que deseen solicitar dichos beneficios para hijos de crianza pueden proporcionar el Texas Department of Family y formulario de servicios protección 2085FC, cuidado cuidado y residencial temporal colocación de autorización, al cuidador de su hijo y no es necesario completar el formulario de elegibilidad de CACFP comida beneficio renta.*
- 9. Estamos en el servicio militar, incluimos nuestros subsidios de viviendas y suplementarios como ingresos?** *Si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización de vivienda militar y recibe la familia dietas suplementarias, no incluyen estos subsidios como ingresos. También, en relación con los miembros del servicio desplegado, sólo la parte del ingreso de un miembro del servicio desplegado por ellos o por su cuenta a disposición del hogar contará como ingreso para el hogar. Paga de combate, incluyendo Pago de Incentivo de Extensión Implementación (DEIP) también quedan excluido y no se contará como ingreso para el hogar. Otras asignaciones deben ser incluidos en su ingreso bruto.*
- 10. (Solo programa de precios) Se verificará la información que doy?** *Tal vez. Podemos pedirle que envíe prueba escrita para verificar la información presentada en el formulario. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión acerca de la información completa de esta forma? Usted puede hablar con el director de nuestro centro, ya sea en persona o por teléfono. Usted puede pedir una audiencia llamando o escribiendo a nuestra guardería.*

En la operación de programas de alimentación del niño, ninguna persona se la discriminación debido a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a nuestras instalaciones en el número indicado en su formulario de inscripción.

**Income Eligibility Guidelines
for Determining Free or Reduced-Price Benefits
July 1, 2023 – June 30, 2024**

Children from households whose incomes are at or below the levels shown below, or who receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Adult Day Care participants whose household incomes are at or below the levels shown below, or who receive Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), or SNAP benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

**Ingresos máximos para determinar la elegibilidad
para beneficios gratuitos o a precio reducido
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024**

Los niños de hogares con ingresos iguales o menores a los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), ayuda del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Las personas que participan en programas de Cuidado Diario para Adultos cuyos ingresos familiares son iguales o por debajo de los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), TANF, o beneficios de SNAP o FDPIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
For each additional family member add:	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183



Construyendo Para El Futuro

Este cuidado infantil recibe asistencia federal en efectivo para server comidas saludables a sus hijos. Una Buena nutricion hoy en dia significa una manana mas fuerte.

Las comidas servidas aqui cumplen con los requisitos de nutricion establecidos por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Ninos y Adultos (Child and Adult Care Food Program) de USDA.

¿Preguntas? ¿Preocupaciones?

Llame gratuitamente a USDA al
1-866-873-2263

División de Alimentos y Nutrición al
1-800-TELL-TDA
(835-5832)

OR

Centro de cuidado de niños de su hijo al CCNS SPONSORED CHILD CARE

Contact Information: **COASTAL CHILD NUTRITION SERVICES**
Address: **1607 S CHESTNUT, SUITE M, LUFKIN, TX 75901**
Phone Number: **888-887-3804**
Email Address: **CCNS@MYCACFP.COM**
Other Necessary Information: **WWW.MYCACFP.COM**



DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE TEXAS
COMISIONADO SID MILLER

Línea directa de fraude: 1-866-5-FRAUD-4 o 1-866-537-2834 | P.O. Box 12847 | Austin, TX 78711
Llamada gratuita: (877) TEX-MEAL | Para personas con problemas de audición: (800) 735-2989 (TTY)



Food and Nutrition Division
Nutrition Assistance Programs

Este producto fue financiado por el USDA.
Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

Updated 11/17/2021
www.SquareMeals.org

Ven a WIC de Texas

Estamos aquí para servirte

“Gracias a WIC, ahora tengo las herramientas que necesito para asegurar que mi familia siga el camino hacia un estilo de vida saludable.”

—Roxie, cliente de WIC

Como cliente de WIC, recibirás:

- Alimentos deliciosos
- Asesoramiento individualizado con nutricionistas
- Recetas sencillas de preparar
- Clases sobre nutrición
- Apoyo para la lactancia
- Evaluaciones médicas y sobre las vacunas
- Demostraciones de cocina
- Apoyo personalizado
- Actividades para niños

¿Calificas?

Ocho millones de mujeres, bebés y niños reciben beneficios de WIC. El Programa WIC va dirigido a mujeres embarazadas, nuevos padres, bebés y niños menores de cinco años. Si ya recibes Medicaid, TANF o SNAP, es posible que califiques.

Requisitos de ingresos de WIC de Texas

Número de personas en el hogar*	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
2	\$ 3,041	\$ 36,482
3	\$ 3,833	\$ 45,991
4	\$ 4,625	\$ 55,500
5	\$ 5,418	\$ 65,009
6	\$ 6,210	\$ 74,518

* El número de personas en el hogar de una mujer embarazada aumenta de acuerdo con el número de bebés que espera. Si tienes alguna pregunta relacionada con los ingresos, llama al 1-800-942-3678.

Vigente a partir del 1 de abril de 2023



Empieza hoy mismo. Llama al 1-800-942-3678 o visita [TexasWIC.org](https://www.TexasWIC.org)



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 5/21