

Dakota County Public Health
Lost or Stolen Benefits Report

Participant Name(s) _____
State WIC ID(s) _____
Household ID _____

Please complete this form before you come to WIC for replacement.

To Be Completed by Participant/Parent/Guardian:

I am reporting that WIC benefits issued to the above participant(s) were lost or stolen. This is what happened:

Was the WIC ID Folder with benefits lost or stolen? Yes No

What have you done to look for the missing benefits? _____

Was a police report filed? Yes No

If yes, give date, police dept. & report #: _____

Was an insurance report filed? Yes No

If yes, give details: _____

Who else can confirm what happened? _____

Which benefits were lost or stolen? Give months and numbers, if possible.

If your proxy had your benefits when they were lost or stolen, print the proxy name, address and phone number.

When and where did you or your proxy last use benefits? _____

I certify that this report is true. The state investigates and may require payment for benefits reported lost or stolen which are/were used by me or my proxy.

Participant/Parent/Guardian signature

Date

Dakota County Public Health
Lost or Stolen Benefits Report

Nombre(s) del Participante _____

Número(s) de Identidad Estatal de WIC _____

Número de Identidad del Hogar _____

Favor complete este formulario antes de venir a las oficinas de WIC a solicitar un reemplazo.

A ser llenado por el Participante / Padre / Representante Legal:

Yo estoy reportando que los beneficios de WIC que fueron emitidos al participante(s) cuyo nombre indico en la parte de arriba, fueron perdidos o robados. Esto es lo que pasó:

¿La carpeta o cartilla de Identificación de WIC conteniendo los beneficios fue perdida o robada?
 Sí No

¿Qué es lo que usted ha hecho para buscar los beneficios extraviados o perdidos? _____

¿Se entabló una demanda policial? Sí No

Si la respuesta es SI, indique la fecha, departamento de policía y número de reporte: _____

¿Hizo un reporte de seguro? Sí No

Si la respuesta es SI, indique detalles: _____

¿Quién más o que otra persona puede confirmar lo ocurrido? _____

¿Cuáles beneficios fueron los perdidos o robados? Si es posible, indique los meses y los números respectivos.

Si es que su apoderado tenía sus beneficios cuando fueron robados o perdidos, escriba el nombre del apoderado, dirección y número telefónico.

¿Cuándo y en qué lugar fue que usted o su apoderado utilizaron los beneficios por última vez? _____

Yo certifico que este reporte es verdadero. El estado investiga y puede requerir pago por los beneficios que han sido reportados perdidos o robados los cuales son/fueron usados por mi persona o por mi apoderado.

Firma del Participante/Padre/Representante Legal

Fecha