

NOTA DE REPRESENTACIÓN / PROXY NOTE

FECHA: _____

Yo, _____, doy permiso for _____
SU NOMBRE (PERSONA ELEGIBLE) /YOUR NAME NOMBRE DE LA APODERADA (PERSONA QUE RECOGE LOS VALES) /PROXY NAME

para solicitar, recibir y comprar por mí con todos los vales para los que soy elegible este año.

SU FIRMA (PERSONA ELEGIBLE) /YOUR SIGNATURE

Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores (WIC; debe tener la lista de compras de WIC)

Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores (Edad 60+, bajos ingresos; el apoderado o participante debe presentar una solicitud)