

APPENDIX B3.d

CERTIFICATION SURVEY VERSION B (INFANT/CHILD) – SPANISH

The NSW-III Certification Survey has two versions. **This is Version B of the NSW-III Certification Survey.** Version B is used when the participant is an infant or child. The survey respondent for Version B is the adult applicant who sought WIC certification for the infant or child. Version A (included separately) is used when the sampled participant is a pregnant, breastfeeding or postpartum, non-breastfeeding woman.

Instructions for Reviewers

The Certification Survey will be administered by trained Field Interviewers (FIs). After FNS approves the final draft, the research team will begin implementing the survey in a Computer Assisted Personal Interview (CAPI) format programmed for use on study laptops. This paper version approximates the layout of the CAPI questionnaire and includes notes indicating how the CAPI system will automatically route the interviewer to the appropriate questions or data entry forms, or performs specified calculations (these notes appear in the paper version in **RED, CAPITALIZED** text but will not appear on-screen in the CAPI version). In addition, the CAPI version will be programmed to pre-populate certain data about each participant sampled for the Certification Survey; these data elements appear in Table 2 on the next page.

The NSW-III version of the Certification Survey is adapted from the version used in NSW-II. This is motivated by an effort to minimize differences in data collection to allow meaningful comparison of the estimates of improper payment errors between the two studies. The survey is organized into the following modules:

Table 1: Certification Survey Modules	
Name	Purpose
1. Identity	Document proof of identity
2. Residency	Document proof of residency
3. Category	For Infant or Child participants, confirm participant category
4. Income	Determine the size of the participant's family economic unit (SURVEY_EU_SIZE); Collect documentation of income sources
5. End survey	Thank participant and conclude survey

FIs will administer the five numbered modules in order. Text that FIs read aloud (questions, response options where indicated) appear in regular text, while on-screen instructions to FIs appear in **CAPITALIZED TEXT**.

Table 2. Data Pre-Populated into the Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) system for each Participant in the Sample

Variable	Description																																																
PARTICIPANT LAST NAME	WIC participant's last name																																																
PARTICIPANT FIRST NAME	WIC participant's first name																																																
DOB	Date of birth of infant or child participant																																																
CAREGIVER	Name of Certification Survey applicant if PARTICIPANT is infant or child																																																
STREET	Street name and number (from WIC agency)																																																
CITY	City (from WIC agency)																																																
STATE	Participant listed in this State's WIC participant data																																																
ZIP	Zip code (from WIC agency)																																																
STATE_ID	State WIC Agency identifier																																																
LOCAL_ID	Local WIC Agency identifier																																																
CLINIC_ID	Local clinic identifier																																																
ITO	Yes/No, Participant receives WIC from via ITO																																																
CERT_CAT	Participant's category (as assigned by WIC) P=pregnant; B=breastfeeding; N=not breastfeeding postpartum; INF=infant; C=child																																																
CERT_DATE	Start date of most recent certification period																																																
MONTH OF CERT_DATE	Name of the month of most recent certification date (CAPI will calculate from CERT_DATE)																																																
CERT_EXPIRES	End date of certification period																																																
CERT_PERIOD	Number of days of most recent certification period (1 to 365) (CAPI will calculate using CERT_EXPIRES and CERT_DATE) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>30 days</td> <td>1 month</td> <td>150</td> <td>5 months</td> <td>270 days</td> <td>9 months</td> </tr> <tr> <td>60 days</td> <td>2 months</td> <td>days</td> <td>6 months</td> <td>300 days</td> <td>10 months</td> </tr> <tr> <td>90 days</td> <td>3 months</td> <td>180</td> <td>7 months</td> <td>330 days</td> <td>11 months</td> </tr> <tr> <td>120 days</td> <td>4 months</td> <td>days</td> <td>8 months</td> <td>360+ days</td> <td>12 months</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>210</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	30 days	1 month	150	5 months	270 days	9 months	60 days	2 months	days	6 months	300 days	10 months	90 days	3 months	180	7 months	330 days	11 months	120 days	4 months	days	8 months	360+ days	12 months			210						days						240						days			
30 days	1 month	150	5 months	270 days	9 months																																												
60 days	2 months	days	6 months	300 days	10 months																																												
90 days	3 months	180	7 months	330 days	11 months																																												
120 days	4 months	days	8 months	360+ days	12 months																																												
		210																																															
		days																																															
		240																																															
		days																																															
ADJUNCT_ELIG	Yes/No, Participant was certified as adjunctively (or automatically) income eligible by WIC																																																
ADJUNCT_PROGRAM	Name of program that made participant adjunctively (or automatically) income eligible																																																
MIGRANT	Yes/No, Participant is a migrant worker																																																

Certification Survey for WIC participants (Version B: Infant or Child)

Version B: Infant or Child WIC Participant

INTRO: Hola. Gracias por participar en esta encuesta. En la medida que permita la ley, mantendremos la confidencialidad de sus respuestas. La información que brinde durante esta encuesta no afectará sus beneficios del programa de WIC. El objetivo de esta encuesta es de conocer el tipo de beneficiario del programa de WIC y las circunstancias de su familia. Al finalizar la encuesta, usted recibirá una tarjeta de regalo de un valor de \$25 dólares Visa para agradecer su participación en la encuesta. Antes de comenzar, revisaremos este formulario juntos. El formulario le informa de sus derechos como participante de la encuesta. Informa sobre cómo protegeremos su privacidad y cómo utilizaremos sus respuestas.

READ INFORMED CONSENT STATEMENT AND GET SIGNED CONSENT BEFORE PROCEEDING.

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no debe llevar a cabo ni patrocinar la colección de datos y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 42 minutos (0.70 horas) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios referentes a la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de datos, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a la siguiente dirección: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302, ATTN: PRA (0584-xxxx*). No envíe el formulario completo a esta dirección.

IDENTITY

1. Primeramente, necesitaremos información sobre la identificación del beneficiario de WIC para [NAME OF INFANT/CHILD WIC PARTICIPANT]. [IF PARTICIPANT HAS TROUBLE WITH THIS REQUEST, READ OFF SOME OF THE ACCEPTABLE TYPES OF ID FROM LIST.]

Comprobantes de identificación [CHECK AT LEAST ONE]	IDENTIFICACIÓN DE NIÑO O BEBÉ presentada durante la encuesta	IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR (si no hay identificación para el bebé/niño) presentada durante la
Acta de nacimiento con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de hospital o vacunación, pulsera de identificación del hospital con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre) del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta de la agencia gubernamental (incluye a WIC) con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de identificación de WIC o documento de WIC con el nombre del bebé (Tarjetas de EBT de beneficios electrónicos NO son comprobantes válidos de identidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PADRE O TUTOR/GUARDIÁN: Identificación con fotografía y nombre completo del lugar de empleo, el pase de autobús, el militar o la escuela o universidad.		<input type="checkbox"/>
SOLO PADRE O TUTOR/ GUARDIÁN: Licencia de conducir con fotografía y nombre		<input type="checkbox"/>
Licencia de identificación emitida por el estado o por la tribu con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRO: especificar identificación presentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

FI Notes

FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE

1A. DOES NAME ON ID MATCH SAMPLE INFORMATION?

YES MARK ID SHOWN DURING SURVEY

NO “El nombre que aparece en este documento de identificación no coincide con mis registros. ¿Podría presentar otro documento de identificación donde aparece el nombre de su hijo?”

NO VALID IDENTIFICATION “Bueno, tendrá algún documento de identificación de usted?”

YES MARK TYPE OF CARGIVER ID IN TABLE AND GO TO 1B.

NO GO TO 1B.

THERE IS NO ITEM 1B OR 1C

1B. ¿A usted le han robado recientemente los registros de su hijo o sus propios documentos de identificación, o perdió los documentos suyos o de su hijo recientemente? ¿Usted o su hijo han estado sin hogar recientemente, sufrido un incendio, inundación, huracán, tornado o un evento parecido en su hogar?

ROBO/EXTRAVÍO

SIN HOGAR

VÍCTIMA DE DESASTRE

{Otro motivo estatal especificando que la presentación de identificación será una carga excesiva}

NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES

1C. “En su reciente cita de certificación para los beneficios del programa de WIC el CERT_DATE, ¿usted presentó documentos de identificación para [NAME OF INFANT/CHILD WIC PARTICIPANT],” (SI RESPONDE SÍ: “¿Recuerda qué tipo de identificación presentó) CHECK BOTH WHETHER ID FOR CHILD AND FOR SELF SHOWN

- PRESENTÓ IDENTIFICACIÓN PARA EL NIÑO Y RECUERDA EL TIPO MARK ID SHOWN AT WIC AND GO TO NEXT MODULE
- PRESENTÓ IDENTIFICACIÓN PARA SI MISMO Y RECUERDA EL TIPO CHECK ID SHOWN AT WIC IN 1A AND GO TO NEXT MODULE
- PRESENTÓ IDENTIFICACIÓN PARA EL NIÑO PERO NO RECUERDA EL TIPO GO TO NEXT MODULE
- PRESENTÓ IDENTIFICACIÓN PARA SI MISMO, PERO NO RECUERDA EL TIPO GO TO NEXT MODULE
- NO PRESENTÓ IDENTIFICACIÓN PARA NINGUNO GO TO NEXT MODULE
- NO RECUERDA GO TO NEXT MODULE

Note to reviewers: IF NO ID, LOCAL AGENCIES MAY ISSUE A TEMPORARY CERTIFICATION OF 30 DAYS OR LESS.

Comprobantes de identificación [CHECK AT LEAST ONE]	Identificación del niño/bebe presentado en la oficina de	IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR presentado en la oficina de WIC (auto reportado)
Acta de nacimiento con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro del hospital o vacunación, pulsera de identificación del hospital con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre) del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta de la agencia gubernamental (incluye a WIC) con nombre del bebé/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de identificación de WIC o documento de WIC con el nombre del bebé (Tarjetas de EBT de beneficios electrónicos NO son comprobantes válidos de identidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO PADRE O TUTOR/GUARDIÁN: Identificación con fotografía y nombre completo del lugar de empleo, el pase de autobús, el militar o la escuela o universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PADRE O TUTOR/GUARDIÁN: Licencia de conducir con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licencia de identificación emitida por el estado por la tribu con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTHER: specify PROOF shown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATE

IF PARTICIPANT OR LIVES IN REMOTE INDIAN VILLAGE OR PUEBLO THEN CAPI WILL SKIP TO “ALTERNATE PROOF OF RESIDENCY.” ELSE CONTINUE WITH RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATE PROCEDURE.

IF IDENTIFICATION SHOWN AS PROOF OF IDENTITY HAS ADDRESS AND IS AN ACCEPTED PROOF OF RESIDENCY, MARK OFF THE TYPE OF RESIDENCY PROOF IN TABLE BELOW AND SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE. OTHERWISE GO TO QUESTION 2.

INTRO:

“Ahora, necesitaré un comprobante para confirmar que usted vive aquí. ¿Tiene alguna factura de servicios, contrato de renta/arriendo o carta dirigida a usted con su nombre y dirección?” MAIL MUST HAVE RESIDENTIAL ADDRESS. P.O. BOX DOES NOT = PROOF OF RESIDENCY. RURAL ROUTE BOX NUMBER IS ACCEPTABLE RESIDENTIAL ADDRESS.

2. IS PROOF OF RESIDENCY CURRENT (NON-EXPIRED OR DATED/POSTMARKED WITHIN 3 MONTHS OF CERT_DATE)?

HAS PROOF OF RESIDENCY?

SI

GO TO 2A

NOT CURRENT: “Tiene algún documento que sea más reciente? Este documento no es válido por la fecha.”

NO CURRENT PROOF OF RESIDENCY IF MIGRANT=YES OR UNKNOWN, GO TO 2C(i);

IF MIGRANT=NO, GO TO 2C(ii)

2A. DO NAME (OF EITHER INFANT OR CAREGIVER) AND ADDRESS MATCH SAMPLE INFORMATION?

- YES MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE
- NAME IS DIFFERENT BUT ADDRESS MATCHES GO TO 2D
- ADDRESS IS DIFFERENT BUT NAME MATCHES GO TO 2E
- NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2E

Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE] Reciente significa dentro de los últimos 3 meses del [MONTH_OF_CERT_DATE]	Presentado durante la encuesta
Factura reciente de servicios (cable, luz/gas, agua, recolección de basura) con nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Recibo de pago de renta/hipoteca con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Carta/correspondencia reciente (carta a/o sobre matasellado) recibido con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de registro de votante vigente con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
[Si es permitido por el estado] Licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación emitido por el estado o la tribu con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
[OTHER STATE ALLOWED RESIDENCY PROOF]	<input type="checkbox"/>
OTHER: specify	<input type="checkbox"/>

FI Notes *FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE*

2C(i). (MIGRANT = YES OR UNKNOWN): “¿Usted o alguien en su hogar es trabajador de campo migrante o de temporada? IF NECESSARY: “Las oficinas de WIC tienen reglas particulares para las familias que incluyen a trabajadores de campo migrante que se ven obligados a mudarse de acuerdo a la temporada de cultivo.”

- SÍ (TRABAJADOR DE CAMPO MIGRANTE) GO TO 2F
- NO GO TO 2C(ii)

2C(ii). (MIGRANT=NO): “¿Recientemente perdió documentos donde aparecen su dirección, o fueron robados? ¿Usted o su hijo han estado sin hogar recientemente, han sufrido un incendio, inundación, huracán, tornado o un evento parecido en su hogar?”

- ROBO/EXTRAVÍO GO TO 2F
- SIN HOGAR GO TO 2F
- VÍCTIMA DE DESASTRE GO TO 2F
- {Otro motivo estatal especificando que la presentación de identificación será una carga excesiva GO TO 2F
- NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES GO TO 2F

2D. (ADDRESS MATCHES BUT NAME DIFFERS FROM INFANT OR CAREGIVER): “Este documento tiene una dirección, pero no tiene su nombre ni el de su hijo. ¿Tiene algo con su nombre y dirección (o el nombre y dirección de su hijo)?” READ LIST IN 2A FOR EXAMPLES OF OTHER TYPES OF DOCUMENTS FOR RESIDENCY PROOF.

- YES MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE
- ADDRESS IS DIFFERENT BUT NAME MATCHES GO TO 2E
- NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2E
- NO CURRENT PROOF OF RESIDENCY IF MIGRANT = YES OR UNKNOWN, GO TO 2C(i); IF MIGRANT = NO, GO TO 2C(ii)

2E. (ADDRESS DIFFERS OR NAME AND ADDRESS DIFFER): “Bueno, el [nombre y] la dirección que aparece en este documento no coinciden con mis registros. ¿Se ha mudado desde el CERT_DATE? Le recuerdo que toda la información que comparta conmigo se mantendrá confidencial y el programa de WIC no recibirá ninguna información suya, incluyendo información sobre un cambio de residencia.

- SÍ (RECIENTEMENTE SE HA MUDADO) ENTER INFO BELOW AND GO TO 2F
- NO (NO SE HA MUDADO RECIENTEMENTE) REVERSE TO 2C(i)

Estado:		Código postal:		¿LA DIRECCIÓN ES UNA DIRECCIÓN POSTAL (no una casilla de correo)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
----------------	--	-----------------------	--	--	---

2F. “Durante su reciente cita de certificación para los beneficios del programa de WIC, ¿presentó algún documento con el nombre y dirección de usted o su hijo en ese entonces?” (IF YES: “¿Recuerda qué tipo de documento presentó?”)

- PRESENTÓ COMPROBANTE Y RECUERDA EL TIPO CHECK OFF PROOF SHOWN AT WIC ON RESIDENCY PROOF TABLE AND GO TO NEXT MODULE
- PRESENTÓ COMPROBANTE, PERO NO RECUERDA EL TIPO GO TO NEXT MODULE
- NO PRESENTÓ COMPROBANTE GO TO NEXT MODULE
- NO RECUERDA GO TO NEXT MODULE

Note to reviewers: IF NO ID, LOCAL AGENCIES MAY ISSUE A TEMPORARY CERTIFICATION OF 30 DAYS OR LESS.

Comprobantes de residencia	Presentado durante la cita de WIC (autoreportado)
Factura de servicios reciente (cable, luz/gas, agua, recolección de basura) con nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Recibo de pago de renta/hipoteca con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Carta/correspondencia reciente (carta a/o sobre matasellado) recibido con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de registro de votante vigente con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Licencia de conducir, tarjeta de identificación emitido por el estado o la tribu con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
[OTHER STATE ALLOWED RESIDENCY PROOF]	<input type="checkbox"/>
OTHER: specify	<input type="checkbox"/>

FI Notes

FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE

RESIDENCY: ALTERNATE PROCEDURE (ITO/REMOTE INDIAN VILLAGE/PUEBLO)

ALTERNATE PROCEDURE APPLIES ONLY IF PARTICIPANT LIVES ON TRIBAL LAND OR IN REMOTE INDIAN VILLAGE OR PUEBLO “ALTERNATE PROOF OF RESIDENCY PROCEDURE” APPLIES. ALTERNATIVE RESIDENCY PROCEDURE: GET VILLAGE NAME AND MAILING ADDRESS.

IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A RESIDENTIAL STREET ADDRESS (NOT A PO BOX), GO TO ALT 2A.
 IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A PO BOX AND DO NOT SHOW VILLAGE, GO TO ALT 2B.
 IF SAMPLE INFORMATION DOES NOT SHOW A PO BOX AND SHOW A VILLAGE, GO TO ALT 2B.
 IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A PO BOX AND A VILLAGE, GO TO ALT 2D.

ALT 2A. “Tiene algún documento con el nombre y dirección de usted o su hijo?

YES ENTER PROOF BELOW

NO STREET ADDRESS, TRIBAL LAND OR REMOTE VILLAGE/PUEBLO GO TO ALT 2B

NO GO TO ALT 2D

Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE]	Presentado durante la encuesta
Reciente significa dentro de los últimos 3 meses del Factura de servicios reciente (cable, luz/gas, agua, recolección de basura) con nombre y dirección del	<input type="checkbox"/>
Recibo de pago de renta/hipoteca con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
Carta/correspondencia reciente (carta a/o sobre matasellado) recibido con el nombre y dirección del	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de registro de votante vigente con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
[Si es permitido por el estado] Licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación emitido por el estado o la tribu con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
[OTHER STATE ALLOWED RESIDENCY PROOF]	<input type="checkbox"/>

OTHER: specify		<input type="checkbox"/>
FI Notes	<input type="checkbox"/>	<i>FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE</i>
ALT 2B. “¿Cómo se llama el pueblo donde usted vive?”		
Village from WIC records		Matches Sample Info?
Village		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

SE NIEGA

IF VILLAGE NAME GIVEN DOES NOT MATCH SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2C(i).

IF VILLAGE NAME MATCHES SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2D.

IF VILLAGE IN SAMPLE INFORMATION IS MISSING, GO TO ALT 2D

ALT 2C(i). “Según los registros, usted vivía en [VILLAGE].

“¿El lugar donde vive se conoce por otro nombre?”

- YES (RECORD NAME:) GO TO ALT 2D
- NO GO TO ALT 2C(ii)

ALT 2C(ii).

“¿Se ha mudado recientemente? Le recuerdo que toda la información que comparta conmigo se mantendrá confidencial y el programa de WIC no recibirá ninguna información suya, incluyendo información sobre su lugar de residencia.

- SÍ (MUDADO RECIENTEMENTE) GO TO ALT 2D
- NO (NO SE HA MUDADO RECIENTEMENTE) GO TO ALT 2D

ALT 2D. MAILING ADDRESS: “ ¿Cuál es su dirección postal actual?”

Mailing address from SAMPLE INFORMATION			
P.O. Box or Street Address	<i>P.O. Box NN</i>	State	<i>MN</i> ZIP <i>ZZZZZ</i>
City	<i>Anywhere</i>		
IF MAILING ADDRESS DIFFERENT FROM SAMPLE INFORMATION			
Gave mailing address	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
City		State	ZIP
FI Notes	<input type="checkbox"/>	<i>FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE</i>	

IF MAILING ADDRESS MATCHES SAMPLE INFORMATION, GO TO NEXT MODULE.

IF NO MAILING ADDRESS IN SAMPLE INFORMATION OR RELUCTANT TO GIVE MAILING ADDRESS, GO TO NEXT MODULE.

IF MAILING ADDRESS GIVEN DOESN'T MATCH SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2E.

ALT 2E. (CHANGE OF MAILING ADDRESS) “Usted cambió su dirección postal recientemente? Le recuerdo que toda la información que comparta conmigo se mantendrá confidencial y el programa de WIC no recibirá ninguna información suya, incluyendo información sobre algún cambio en su dirección postal.

- SÍ GO TO NEXT MODULE
- NO GO TO NEXT MODULE

PARTICIPANT CATEGORY

Para continuar, confirmaré la fecha de nacimiento de su hijo. ¿Cuándo nació [PARTICIPANT]?

ENTER DOB: mm/dd/yyyy. READ THE ENTIRE BIRTH DATE BACK TO APPLICANT TO CONFIRM ENTRY.

CAPI WILL CALCULATE THE INFANT OR CHILD'S AGE AS OF CERT_DATE TO DETERMINE WHETHER THE PARTICIPANT CATEGORY IS CORRECT OR ERRONEOUS.

IF THE PARTICIPANT'S CATEGORY = INFANT, THEN THE INFANT CATEGORY IS CORRECT IF A OR B IS TRUE.

- A. THE INFANT MUST BE ≤ 12 MONTHS ON CERT_DATE, OR
- B. THE INFANT'S CERT_DATE FALLS ON OR BETWEEN THE BIRTHDATE + 1 YEAR AND THE LAST DAY OF THE MONTH IN WHICH THE INFANT REACHES 1 YEAR OF AGE +. EXAMPLE:

John Doe was born on April 2, 2016. John Doe has never received WIC before. The most recent certification date was April 10, 2017 and he was certified as an infant, even though he was 12 months, 8 days old. The last day of the month equal to John Doe's DOB + 1 year is April 30, 2017. CAPI would determine that the participant category was correct. (Although unusual for a WIC agency to certify John Doe as an infant for the remainder of the month, it is technically possible and consistent with WIC regulations.)

IF THE PARTICIPANT'S CATEGORY = CHILD, THEN THE CHILD CATEGORY IS CORRECT IF A OR B OR C IS TRUE:

- A. THE CHILD MUST BE ≤ 60 MONTHS AND > 12 ON CERT_DATE, OR
- B. THE CHILD'S CERT_DATE FALLS ON OR BETWEEN THE BIRTHDATE + 60 MONTHS AND THE LAST DAY OF THE MONTH IN WHICH THE CHILD REACHES 60 MONTHS OF AGE, OR
- C. **(NOTE THAT WIC REGULATIONS (246.7(g)(3)) ALLOW LOCAL AGENCIES TO SHORTEN OR EXTEND A CURRENT CERTIFICATION PERIOD FOR AN INFANT OR CHILD UP TO 30 DAYS IF THERE IS DIFFICULTY SCHEDULING A CERTIFICATION APPOINTMENT):** THE CHILD IS < 12 MONTHS AND THE CERT_DATE FALLS ON OR BETWEEN THE LAST DAY OF THE MONTH IN WHICH THE INFANT TURNS 11 MONTHS OF AGE AND THE BIRTHDATE + 1 YEAR. EXAMPLE:

Jane Doe was born on 12-25-16 and is certified as an infant through 12-31-2017. However, Jane's mother is having difficulty scheduling a certification appointment for Jane. Her local WIC agency suggests that she come to a certification appointment for Jane on 12-02-17. On that date, the agency certifies Jane as a CHILD even though Jane is 11 months, 7 days old. The agency has discretion to shorten the infant certification period by up to 30 days (i.e., to December 1, 2017) and extend the child certification by this same amount. Jane is less than 12 months of age on her certification date but the certification date is between the last day of the month in which she turns 11 months (November 30) and her first birthday. CAPI would determine that the participant category is correct – no error.

INCOME ELIGIBILITY

HOUSEHOLD ENUMERATION

“Ahora, le pediré que me de los nombres de las personas que tenían residencia en su casa o que vivían con [NAME OF SAMPLED INFANT/CHILD PARTICIPANT] durante el [MONTH OF CERT_DATE] y si son parientes o familiares. Escribiré los nombres para después hacer unas preguntas sobre ellos. Dentro de la lista, usted debe incluirse y por favor solo incluya a nombres de personas que vivían con [SAMPLED INFANT/CHILD] durante el [MONTH OF CERT_DATE]. Comencemos con [NAME OF INFANT/CHILD] y usted sigue.”

BEGIN WITH WIC PARTICIPANT (INFANT OR CHILD). RECORD EACH NAME IN THE LIST BELOW. ENTER FIRST NAMES ONLY

- Q1. PROBE FOR ADDITIONAL PERSONS: ¿Quién vivía con [NAME OF INFANT/CHILD] en la fecha del [MONTH OF CERT_DATE]? /
 Alguien más?
 Q2. ¿Es [NAME] hombre o mujer?
 Q3. ¿Cuántos años tiene [NAME]?
 Q4. ¿Cuál es la relación familiar de [NAME] con [NAME OF INFANT/CHILD]?

IF RELATIONSHIP IN Q4 = 20 (FOSTER PARENT), ASK Q4(FOSTER)

ASK Q4(FOSTER): “Para confirmar [NAME OF SAMPLED INFANT/CHILD PARTICIPANT] es un niño bajo cuidado temporal de [NAME]?”

- YES CAPI WILL ENUMERATE SAMPLED FOSTER INFANT/CHILD AS FAMILY ECONOMIC UNIT OF 1.
 GO TO “ADJUNCTIVE OR AUTOMATIC ELIGIBILITY” SECTION
 NO REPEAT Q4 TO DETERMINE RELATIONSHIP, THEN CONTINUE WITH HOUSEHOLD ENUMERATION

Q1	Q2	Q3	Q4	Relationship Codes
NOMBRE	SEXO 1=male 2=female	EDAD in years	RELACIÓN FAMILIAR	11=tío/tía 12=primo/a 13=sobrino/sobrina 14=suegro/a 15=cuñado/cuñada 16=otro familiar/pariente 17=no es familiar/pariente 18=niño bajo cuidado provisional 19=niño bajo cuidado temporal 20=padre de un niño bajo cuidado temporal 21=bebé/niño participante de WIC
R1. SAMPLED INFANT/CHILD			21	6=padre 7=padrastra/a
R2. PARENT/RESPONDENT				8=tutor legal 9=hermano/hermana 10=abuelo/a
R3.				
R4.				
R5.				
R6.				
R7.				
R8.				
¿ALGUIEN MÁS? ▲		FI MAY CLICK FOR ADDITIONAL ROWS AT ANY TIME DURING THE INTERVIEW. CAPI will add additional rows one at a time, up to 20 persons.		

IF ANY Q4= 19 [HOUSEHOLD INCLUDES A FOSTER CHILD WHO SHOULD BE EXCLUDED FROM SAMPLED ECONOMIC UNIT],
DISPLAY Q4FOSTER(ii): “Cuando solicitó los beneficios del programa de WIC indicó que [NAME OF HOUSEHOLD MEMBER where
Q4=19] era un niño bajo cuidado temporal? SÍ NO

FAMILY MEMBERS TEMPORARILY AWAY

“Además de las personas ya mencionadas, ¿hay alguna persona que vivía allí regularmente con usted y su hijo, pero por algún motivo temporal no se encontraba viviendo allí durante el [MONTH OF CERT_DATE]? (IF NECESSARY, PROBE: PROBE: Por ejemplo, esta persona podría ser un miembro del servicio militar en servicio activo, alguien hospitalizado, o alguien encarcelado o cumpliendo una pena de prisión, un hijo estudiando en otra ciudad, o un hijo cuya custodia se comparte con el otro padre. ¿Hay alguna persona que vivía allí regularmente, pero por algún motivo temporal no se encontraba viviendo allí?”

- Sí GO TO Q1A (LIST MEMBERS TEMPORARILY AWAY)
- No IF STATE EXCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE FROM ECONOMIC UNIT:
 - GO TO CHILDREN IN TEMPORARY CARE OF PARTICIPANT’S FAMILYIF STATE INCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE FROM ECONOMIC UNIT:
 - GO TO SHARED OR SEPARATE FINANCES

FAMILY MEMBERS TEMPORARILY AWAY=YES

Q1A. LIST NAME OF EACH PERSON TEMPORARILY AWAY

Q2A. “¿Es [NAME] hombre o mujer?”

Q3A. “ ¿Cuántos años tiene [NAME]?”

Q4A. “¿Cuál es la relación familiar de [NAME] con [NAME OF INFANT/CHILD]?”

Q4B. “¿Me podría dar la razón principal por la cual esta persona no vivía allí y se encontraba temporalmente en otra residencia? DO NOT READ LIST. PROBE FROM LIST IF NECESSARY.

ENTER REASON IN COLUMN Q4B:

1=MIEMBRO DEL SERVICIO MILITAR EN SERVICIO ACTIVO

2=HOSPITALIZADO/CENTRO DE REHABILITACIÓN/ CASA DE TRANSICIÓN

3=ESTUDIANDO EN OTRA CIUDAD (INTERNADO, LA UNIVERSIDAD)

4=HIJO CUYA CUSTODIA SE COMPARTE CON EL OTRO PADRE **GO TO Q4C**

5=OTRO, ESPECIFIQUE (DO NOT LIST ANY PERSON WHO WAS IN JAIL/PRISON IN [MONTH OF CERT_DATE])

IF Q4B=4, CAPI WILL DISPLAY APPROPRIATE 4C QUESTION:

Q4C. **IF Q4B=4:** “¿Dónde vive [NAME] la mayor parte del tiempo?: READ LIST AND ENTER CODE IN COLUMN Q4C

1= Más de la mitad del tiempo en su hogar

2= Más de la mitad del tiempo en el otro hogar

3= Pasa igual de tiempo acá en mi hogar que en el otro hogar

Members temporarily away							
Q1A	Q2A	Q3A	Q4A	Relationship Codes		Q4B	Q4C
NOMBRE	SEXO	EDAD	RELACIÓN FAMILIAR CON EL BEBÉ/HIJO	1=cónyuge	11=tío/tía	RAZÓN TEMPORALMENTE FUERA DE CASA	if 4B=4; LUGAR DONDE VIVE MÁS
R2.				2=pareja	12=primo/a		
R3.				3=hijo/a	13=sobrino/sobrina		
R4.				4=hijastro/a	14=suegro/a		
R5.				5=hijo adoptivo	15=cuñado/cuñada		
				6=padre/madre	16=otro		
				7=padrastra/a	familiar/pariente		
				8=tutor legal	17=no es		
				9=hermano/hermana	familiar/pariente		
				10=abuelo/a	18=niño bajo cuidado provisional		
					19=niño bajo cuidado temporal		
					20=padre de un niño bajo cuidado		

				temporal		
--	--	--	--	----------	--	--

IF STATE AGENCY INCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE IN FAMILY ECONOMIC UNIT, CAPI WILL SKIP THIS MODULE
 IF STATE AGENCY EXCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE FROM FAMILY ECONOMIC UNIT, CAPI WILL DISPLAY THIS
 MODULE

CHILDREN IN TEMPORARY CARE OF THE WIC PARTICIPANT’S FAMILY

“A veces, las familias cuidan de otros niños de otras familias debido a que sus padres no se encuentran disponibles para cuidarlos. ¿De la lista de niños que ha mencionado, algún niño que ha mencionado o niños son de otra familia y cuidaba de él(ella/ellos/ellas) temporalmente? [IF NECESSARY: “No me refiero al niño(s) bajo cuidado temporal.”]

CAPI-FILLED LIST OF CHILDREN ≤14 YEARS OLD NAME	BAJO CUIDADO TEMPORAL?	IF IN TEMPORARY CARE = YES: “Su familia cuidaba del niño debido a que su(s) padre(s) son miembros del militar en servicio activo?”	“Usted recibe alguna tipo de pago de los padres del (los) niño(s) mientras cuida de él/ella? Si es así, ¿cuánto?”		
NAME OF 1st CHILD	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> No, otra razón por el cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	\$ _____	Por mes Por semana
NAME OF 2nd CHILD	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> No, otra razón por el cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	\$ _____	Por mes Por semana
NAME OF 3rd CHILD	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> No, otra razón por el cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No	\$ _____	Por mes Por semana
...					

IF COLUMN 2=YES, IN TEMPORARY CARE, CAPI WILL SET Q4 = 18 FOR THAT CHILD AND EXCLUDE THAT CHILD FROM FAMILY UNIT

SHARED OR SEPARATE FINANCES

CAPI WILL AUTOMATICALLY DISPLAY NAME, GENDER, AGE AND (IF APPLICABLE) REASON TEMPORARILY AWAY OF EACH PERSON. INTERVIEWER WILL READ THE AGE-APPROPRIATE QUESTION AND SELECT RESPONSE IN COLUMN Q6:

“Ahora, le preguntaré si cada persona que ha mencionado que vivía con [NAME OF SAMPLED CHILD] aportaron y compartieron los ingresos y gastos del hogar durante [MONTH OF CERT_DATE].

IF AGE ≥ 15 YEARS: “¿Usted considera [NAME] como parte de su familia, ósea durante el [MONTH OF CERT_DATE] compartieron los ingresos y gastos del hogar como si fueron una sola familia, o cada persona mantuvo sus ingresos, gastos del hogar y alimentos separados?”

- Sí, compartidos: SELECT “SHARE LIKE FAMILY” FOR NAME
- No, separados: SELECT “SEPARATE” FOR NAME

IF AGE < 15 YEARS: “¿Usted considera [NAME] como parte de su familia, ósea durante el [MONTH OF CERT_DATE] usted era responsable por el cuidado de ellos como si fueron parte de su familia?”

- Sí, responsable por el cuidado: SELECT “SHARE LIKE FAMILY” FOR NAME
- No, no era responsable por el cuidado: SELECT “SEPARATE” FOR NAME

IF NECESSARY FOR MEMBERS TEMPORARILY AWAY, PROBE:

- NAME IS ≥ 15 YEARS: “¿Cuándo [NAME] está viviendo allí, usted y [NAME] comparten los ingresos y gastos?”
- NAME IS < 15 YEARS: “¿Cuándo [NAME] está viviendo allí, usted cuida de [NAME] como si fueran parte de la misma familia?”

PREFILLED BY CAPI				INTERVIEWER SELECTS
Q1	Q2	Q3	Q4B	Q6
NAME	GENDER	AGE	REASON TEMPORARILY AWAY	Family or Separate? ¹
R#. <i>name</i>	(1 or 2)	(age)	NA	<input type="radio"/> 1=comparte como familia <input type="radio"/> 2=separado
R#. <i>name</i>	(1 or 2)	(age)	NA	<input type="radio"/> 1=comparte como familia <input type="radio"/> 2=separado
R#. <i>name</i>	(1 or 2)	(age)	NA	<input type="radio"/> 1=comparte como familia <input type="radio"/> 2=separado
R#. <i>name</i>	(1 or 2)	(age)	(1-6 code)	<input type="radio"/> 1=comparte como familia <input type="radio"/> 2=separado
R#. <i>name</i>	(1 or 2)	(age)	(1-6 code)	<input type="radio"/> 1=share like family <input type="radio"/> 2=separate

¹ Although WIC policy guidance indicates that agencies should determine whether or not separate family economic units have “adequate income” to “sustain the economic unit” and that the “actual living and support costs for the economic unit in that environment must be considered,” the guidance does not indicate how agencies should determine these “actual living and support costs” or what threshold relative to these costs would suffice as “adequate.” Because these judgments are inherently subjective, the NSWP-III cannot independently confirm or disconfirm an independent judgment made by staff at a local WIC agency. If a Participant indicates that a resident of the household maintains separate finances, the NSWP-III will treat those persons as economic unit(s) separate from the participant’s economic unit.

PREGNANT FAMILY MEMBERS

P1. “¿Usted o alguien de su familia estaba embarazada durante su reciente cita de certificación en la oficina de WIC?”

- Sí GO TO P2
- No GO TO Q7 [ADJUNCTIVE ELIGIBILITY]

P2. “¿Quién estaba embarazada en el CERT_DATE?”	
<SELECT NAME FROM Q1 LIST DROPDOWN MENU>	IF PREGNANT MEMBER SHARES FINANCES (Q6=1), GO TO P2A. IF PREGNANTMEMBER HAS SEPARATE FINANCES (Q6=2), GO TO P2D

P2A. “¿Usted/ [NAME] estaba embarazaba con un sólo bebé, mellizos/gemelos o era un parto múltiple?” (DO NOT READ OPTIONS)

- UN SÓLO BEBÉ IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 1 TO FAMILY ECONOMIC UNIT GO TO P2B
- MELLIZOS/GEMELOS IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 2 TO FAMILY ECONOMIC UNIT GO TO P2B
- MÁS DE DOS BEBÉS [ENTER NUMBER FROM 3 OR HIGHER] IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD [N] TO FAMILY ECONOMIC UNIT GO TO P2B

P2B. “¿Desde la fecha de esa cita / [NAME] ha dado a luz?” (DO NOT READ OPTIONS)

- SÍ GO TO P2C
- NO [TODAVÍA EMBARAZADA O SE TERMINÓ EL EMBARAZO] GO TO P2D

P2C. “¿Usted ya mencionó el nombre del bebé/los bebés que usted/ [NAME] dio a luz como parte de los miembros de la familia?” **[CONFIRM THAT THE SAME NUMBER OF INFANTS FROM PREGNANCY (P2A) ARE ALREADY LISTED IN HOUSEHOLD ENUMERATION CHART]** (DO NOT READ OPTIONS)

BE AWARE THAT A “NO” RESPONSE COULD MEAN THAT THE BABY IS DECEASED/WAS STILLBORN, OR DOES NOT LIVE WITH THE PARTICIPANT (ADOPTED OR REMOVED FROM THE HOME BY THE STATE)

- SÍ, CON [N] BEBÉ(S) CAPI WILL SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT
- NO, YO/ [NAME] ESTABA EMBARAZADA EN AQUEL TIEMPO [LIST INFANT AS A HOUSEHOLD MEMBER]
- NO, EL BEBÉ FALLECIÓ, LO RETIRARON DE LA CASA– DO NOT LIST THE INFANT ANYWHERE CAPI WILL SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT

GO TO P2D

P2D. ¿Había otra persona embarazada durante la fecha de [CERT_DATE? REPEAT P2-P2D AS NEEDED UNTIL P2D=NO.

- SÍ GO TO P2
- NO GO TO Q7 [ADJUNCTIVE ELIGIBILITY]

ADJUNCTIVE OR AUTOMATIC INCOME ELIGIBILITY

IF ADJUNCT_PROGRAM IS KNOWN AND ADJUNCT_ELIG=YES GO TO Q7a
IF ADJUNCT_PROGRAM IS MISSING, AND ADJUNCT_ELIG=YES GO TO Q7b
IF ADJUNCT_ELIG=NO, GO TO Q7c

Q7a. IF ADJUNCT_ELIG=YES AND ADJUNCT_PROGRAM IS KNOWN: “Según mis registros usted es elegible para recibir los beneficios de WIC debido a que usted o algún miembro de su familia participa en el programa de [ADJUNCT_PROGRAM]. ¿Me podría presentar algún documento que comprueba su participación en dicho programa, como una tarjeta certificada con la fecha, una carta de confirmación de beneficios, o un aviso de beneficios?”

- SÍ ENTER DOCUMENT INFORMATION BELOW IN TABLE
- NO GO TO INCOME SOURCES [Note for reviewers: Research team will ask State Agency to look up PARTICIPANT’s enrollment at time of CERT_DATE in a program conferring ADJUNCTIVE ELIGIBILITY]

Tipo de documento: Participante en algún programa complementario / Elegibilidad automático basado en los criterios de ingresos	
Programa complementario	<input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de comida) <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) <input type="checkbox"/> Medicaid (programa federal de asistencia de seguro médico) <input type="checkbox"/> Otro programa, ESPECIFIQUE:
Tipo de documento presentado:	<input type="checkbox"/> NO TIENE DOCUMENTO (auto reportado) <input type="checkbox"/> Documento emitido por un programa con las fechas de elegibilidad <input type="checkbox"/> Carta de confirmación de beneficios 0 <input type="checkbox"/> Recibo de la Tarjeta de EBT – de beneficios electrónicos dentro de los últimos 30 días < CERT_DATE <input type="checkbox"/> Estado de cuenta de la tarjeta de EBT – de beneficios electrónicos comprobando un depósito dentro de los últimos 30 días < CERT_DATE <input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del participante en el programa	<select name from CAPI-generated list of family EU members>
Fecha de inicio de elegibilidad o del inicio de inscripción	<input type="checkbox"/> No tiene fecha de inicio/ la fecha no está disponible PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que compruebe su participación en el programa?
Fecha de elegibilidad o la fecha de expiración de inscripción	<input type="checkbox"/> No tiene fecha de inicio/ la fecha no está disponible PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que compruebe su participación en el programa?
Nombre de la agencia u programa	<input type="checkbox"/> El nombre de la agencia/oficina no está disponible o comprensible PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que compruebe su participación en el programa?

AFTER Q7a, CAPI WILL GO TO INCOME SOURCES EVEN IF ADJUNCTIVELY/AUTOMATICALLY INCOME ELIGIBLE: [Note for reviewers: NSWP-III research objectives call for estimate of WIC participants’ income, regardless of adjunctive income eligibility status]

Q7b. IF ADJUNCT_PROGRAM IS KNOWN AND ADJUNCT_ELIG =YES : “Mis registros muestran que usted calificó para el programa de WIC porque su hijo o un miembro de su familia participan en un programa calificador como, SNAP, también conocido como estampillas de comida, Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), también conocido como asistencia pública o Medicaid para adultos, mujeres embarazadas o niños. ¿Usted o alguien en su familia recibía beneficios de, SNAP, TANF [PRONOUNCED TAN-if], o Medicaid?”

-
- SÍ
- PROBE: “¿Podría presentar algún documento que compruebe la participación en ese programa, como una carta de confirmación de beneficios, aviso de beneficios u otro documento que muestre las fechas de elegibilidad del participante en el [ADJUNCT PROGRAM]?”
- YES: ENTER DOCUMENT INFORMATION IN TABLE ABOVE
NO: GO TO INCOME SOURCES
-
- EL PROGRAMA DE WIC ENCONTRÓ MI NOMBRE DE LA LISTA DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DEL SITIO WEB O POR UN PROGRAMA O AGENCIA CORRESPONDIENTE
- PROBE: “Bien, ¿tiene una carta de confirmación de beneficios, aviso de beneficios u otro documento que muestra las fechas de elegibilidad del participante en el programa de [ADJUNCT PROGRAM]?”
- YES: ENTER DOCUMENT INFORMATION IN TABLE ABOVE
NO: GO TO INCOME SOURCES
-
- NO
- GO TO INCOME SOURCES

AFTER Q7b, GO TO INCOME SOURCES

Q7c. [IF ADJUNCT_ELIG=NO]: “Usted o alguien en su familia recibía beneficios de programas de Medicaid (asistencia federal de seguro médico), SNAP (Cupones/Estampillas de comida), TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) [NAME OF STATE PROGRAM(S)] en el [CERT_DATE]?”

YES

PROBE: “¿Me podría presentar un documento que comprueba la participación en dicho programa, como una carta de confirmación de beneficios, aviso de beneficios u otro documento que muestra las fechas de elegibilidad del participante en el programa de [ADJUNCT_PROGRAM]?”

YES: ENTER DOCUMENT INFORMATION IN TABLE ABOVE
NO: GO TO INCOME SOURCES

EL PROGRAMA DE WIC ENCONTRÓ MI NOMBRE DE LA LISTA DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DEL SITIO WEB O POR UN PROGRAMA O AGENCIA CORRESPONDIENTE

PROBE: “Bien, ¿tiene una carta de confirmación de beneficios, aviso de beneficios u otro documento que muestra las fechas de elegibilidad del participante en el programa de [ADJUNCT PROGRAM]?”

YES: ENTER DOCUMENT INFORMATION IN TABLE ABOVE
NO: GO TO INCOME SOURCES

NO

GO TO INCOME SOURCES

AFTER Q7c, GO TO INCOME SOURCES

INCOME: ALTERNATE INCOME DETERMINATION PROCEDURE (INDIAN TRIBAL ORGANIZATIONS)

IF ITO=YES AND ALTERNATIVE INCOME PROCEDURE =YES, THE “ALTERNATE INCOME DETERMINATION PROCEDURE” APPLIES. OTHERWISE, CAPI SKIPS ALTERNATE PROCEDURE FOR INCOME DETERMINATION

CAPI PERFORMS A LOOKUP AGAINST TABLE OF INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES (IEGs) BASED ON SIZE OF FAMILY ECONOMIC UNIT. CAPI DISPLAYS INCOME THRESHOLD [INCOME_MAX].

ID8 “En [CERT_DATE], los ingresos de su familia eran por debajo de o igual a la cantidad de \$[INCOME_MAX]?”

- YES GO TO Q8a

- NO GO TO INCOME SOURCES (Q8a)

INCOME SOURCES

“Ahora le haré unas preguntas sobre los ingresos que usted u otros miembros de la familia recibía. Le aseguramos que mantendremos su información confidencial y protegeremos su privacidad. No incluiremos información dentro de los informes del estudio que sea asociada con su identificación o la de su familia. Recolectaremos los datos sobre los ingresos que nos brinde y los juntaremos con la información de las demás personas a lo largo de los Estados Unidos. Su información personal no se compartirá con su oficina local de WIC, otros programas de beneficios, el arrendador/dueño del lugar donde alquila, el banco, el empleador, ni personas de su comunidad. Sus beneficios de WIC no serán afectados como resultado de su participación en esta encuesta.

- Q8a. Cuanto tuvo su reciente cita en (on or before [CERT_DATE]), ¿[usted o alguien de su familia] había quedado desempleado recientemente – es decir que había estado trabajando, pero luego dejó de trabajar?
- Sí GO TO Q8b
 - No GO TO INCOME SOURCES

IF RESPONDENT IS CONFUSED, PROBE: “¿Había estado trabajando, pero perdió el trabajo o dejó de trabajar por algún motivo?”

Q8b. ¿Quién había quedado recientemente desempleado?	Q8c. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo usted o esta persona había estado sin trabajo o desempleado desde el CERT_DATE? READ LIST:
<select name from CAPI-generated list>	<input type="radio"/> Menos de 30 días antes de CERT_DATE <input type="radio"/> Un mes o más antes de 1 CERT_DATE
<select name from CAPI-generated list>	<input type="radio"/> Menos de 30 días antes de CERT_DATE <input type="radio"/> Un mes o más antes de 1 CERT_DATE
<select name from CAPI-generated list>	<input type="radio"/> Menos de 30 días antes de CERT_DATE <input type="radio"/> Un mes o más antes de 1 CERT_DATE

Note to reviewers: If any family member is unemployed, then wages or salary for that family member earned prior to CERT_DATE would be excluded from the countable income.

GO TO Q9A. CAPI WILL DISPLAY QUESTIONS Q9A-Q9E FOR ALL INCOME SOURCES FOR EACH PERSON IN THE FAMILY UNIT WITH SHARED FINANCES WHO IS AGED 15 OR OLDER (CALLED “ADULT FAMILY MEMBER”).

“Comenzaremos con unas preguntas sobre las fuentes de ingresos, luego haré preguntas sobre los ingresos de otros miembros de su familia. Para cada tipo de ingreso, es posible que le pediré un documento o comprobante correspondiente que muestra las fechas y la cantidad que recibió. Es importante que nos enfoquemos en los ingresos que usted y miembros de su familia recibió un mes antes de la cita de certificación de beneficios del programa de WIC en [CERT_DATE].”

NOTE FOR REVIEWERS:

On the pages that follow, different types of “proof of income documents” are listed for each income type. The preferred documents appear in underlined text: these documents are those that best meet guidance provided by WIC policy memoranda (#99-4, #2013-3). If a respondent cannot present one of the “preferred” documents, additional acceptable types of proof appear in light gray (non-underlined) text. Each income type also includes an “other” option, where a Field Interviewer may describe another type of document presented as evidence of the income amount reported, and an option to indicate that no documents were available. For each income type, even if documentation is not available, the FI will ask the respondent to report the amount and frequency of that income.

Q9A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

Q9B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="radio"/> Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR) <input type="radio"/> Empleador 1 <input type="radio"/> Empleador 2 <input type="radio"/> Empleador 3	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario: <input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de sueldo</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/suma única <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR) <input type="radio"/> Empleador 1 <input type="radio"/> Empleador 2 <input type="radio"/> Empleador 3	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario: <input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de sueldo</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/suma única <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR) <input type="radio"/> Empleador 1 <input type="radio"/> Empleador 2 <input type="radio"/> Empleador 3	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario: <input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de sueldo</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/suma única <input type="radio"/> Otro: ____

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. Me podría presentar un tipo de comprobante de este ingreso, así como [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Propinas, bonos o comisiones (POSIBLEMETE SEA UNA SUMA ÚNICA) <input type="radio"/> Empleador 1 <input type="radio"/> Empleador <input type="radio"/> Empleador 3	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de sueldo</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> <u>Registros comerciales de las comisiones</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="checkbox"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Propinas, bonos o comisiones (POSIBLEMETE SEA UNA SUMA ÚNICA) <input type="checkbox"/> Empleador 1 <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Empleador 3	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de sueldo</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> <u>Registros comerciales de las comisiones</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Ingresos por el autoempleo (agricultura o no agricultura) (PAGO NETO)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099</u> <input type="checkbox"/> <u>Registros comerciales</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago NETO \$____	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="checkbox"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Ingreso de renta (PAGO NETO)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Contrato de alquiler, renta, otros registros comerciales</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque de renta cancelada</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago NETO \$____	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Regalías (INDICACIÓN)	From: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Talón de pago/recibo de</u>	PAGO NETO	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Trimestral

<p>PARA ITO: pagos per cápita) (PAGO NETO) (POSIBLE QUE SEA UNA SUMA ÚNICA) (POSIBLE EXCLUSIÓN)</p>	<p>To: mm/dd/yy</p>	<p><u>suelo</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Estado de cuenta bancaria de un depósito</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Declaración de impuestos IRS del IRS, 1099</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Registros comerciales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Otro [textbox]</p> <p><input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)</p>	<p>_____</p>	<p><input type="radio"/> Quincenal</p> <p><input type="radio"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="radio"/> Mensual</p> <p><input type="radio"/> Anual</p> <p><input type="radio"/> Del último año a la fecha</p> <p><input type="radio"/> Único/una sola cantidad</p> <p><input type="radio"/> Otro: ____</p>
--	---------------------	--	--------------	--

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar algún tipo de comprobante de ese ingreso, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Compensación por el desempleo	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<p>IF PARTICIPANT/FAMILY MEMBER INDICATES NO INCOME FROM UNEMPLOYMENT COMPENSATION BUT WAS UNEMPLOYED (Q8A), ASK:</p> <p>UE1. “¿Solicitó beneficios de desempleo?” <input type="radio"/> Sí GO TO UE2 <input type="radio"/> No CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE</p> <p>UE2. “¿Su solicitud fue rechazada o aprobada?” DO NOT READ LIST <input type="radio"/> Rechazada/denegada CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE <input type="radio"/> Aprobada GO TO UE3 <input type="radio"/> No le han avisaron todavía / nunca le avisaron CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE</p> <p>UE3. “Bien, /NAME fue aprobado para recibir compensación por el desempleo, pero no ha recibido ingresos de compensación por el desempleo. ¿Podría presentar una copia de la carta confirmando la aprobación?” <input type="radio"/> Sí RECORD DATE OF LETTER AND AMOUNT OF BENEFITS AWARDED <input type="radio"/> No CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE</p>				
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Beneficios de seguro social	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA)</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de beneficios</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____

	<input type="checkbox"/> Otro [textbox]	es disponible)	
	<input checked="" type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)		

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de ese ingreso, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”]

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Beneficios suplementarios de Seguro Social (Federal SSI)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="checkbox"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Beneficios estatales de suplementarios de Seguro Social (SSI) o beneficios estatales de la discapacidad	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="checkbox"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Beneficios de TANF o asistencia pública	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="checkbox"/> Otro: ____

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de ese ingreso, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”]

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Manutención o pensión alimenticia (1° fuente)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de pago</u> <input type="checkbox"/> <u>Acuerdo de manutención</u> <input type="checkbox"/> <u>Sentencia de divorcio/separación</u> <input type="checkbox"/> <u>Orden judicial</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Manutención o pensión alimenticia (2° fuente)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de pago</u> <input type="checkbox"/> <u>Acuerdo de manutención</u> <input type="checkbox"/> <u>Sentencia de divorcio/separación</u> <input type="checkbox"/> <u>Orden judicial</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Beneficios de una pensión gubernamental o privada, anualidad o de sobrevivientes	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Aviso de confirmación de beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Pago de un fideicomiso o de herencia	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ _____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de ese ingreso, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”]

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses o dividendos	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos o dividendos</u> <input type="checkbox"/> <u>Estado de cuenta bancaria de un depósito</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Retiros de cuenta de inversión o ahorro	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Recibo de retiro/ Comprobante</u> <input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos</u> <input type="checkbox"/> <u>Estado de cuenta bancaria de un retiro</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[usted/NAME] recibió ingresos de: READ INCOME TYPE FROM COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar algún tipo comprobante de ese ingreso, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de ese ingreso?” DO NOT READ “NONE”]

9A Tipo de ingreso	9B Período de ingresos	9C Documento de comprobante de ingreso	9D Cantidad	9E Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pagos de veteranos	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de confirmación de beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Cheque o talón de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Pago del servicio militar	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Declaración de ingresos o pago de permiso remunerado (GO TO MILITARY PAY MODULE)</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Contribuciones regulares de alguien que no viva en el hogar	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Carta de persona que contribuya fechada y firmada</u> <input type="checkbox"/> <u>Depósito en estado de cuenta bancario</u> <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos (VER PREGUNTAS DE SONDEO DE INGRESOS)	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> <u>Declaración de ganancias</u> <input type="checkbox"/> <u>Carta de adjudicación/beneficios</u> <input type="checkbox"/> <u>Carta del pagador, fechada y firmada</u> <input type="checkbox"/> <u>Estado de cuenta bancaria de un depósito</u> <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del IRS 2017, formulario W2, formulario 1099 <input type="checkbox"/> Otro [textbox] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$____ <input type="checkbox"/> Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible)	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha <input type="radio"/> Único/una sola cantidad <input type="radio"/> Otro: ____

MILITARY PAY MODULE

USING THE SERVICE MEMBER'S MILITARY **LEAVE AND EARNINGS STATEMENT**, ENTER THE INFORMATION BELOW. SOME PAY CODES WILL PROMPT YOU TO ASK CLARIFYING QUESTIONS THAT WILL AUTOMATICALLY DISPLAY. ANSWERING THE QUESTIONS WILL DETERMINE THE INCOME TREATMENT CODE IN THE RIGHTMOST COLUMN.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de pago	Sucursal	Período cubierto
BENEFICIOS					
A	Tipo	Monto	Códigos de tipos de ingresos		
B	ENTER PAY CODE	\$.			
C	ENTER PAY CODE	\$.			
D	ENTER PAY CODE	\$.			
E	ENTER PAY CODE	\$.			
F	ENTER PAY CODE	\$.			
G	ENTER PAY CODE	\$.			
H	ENTER PAY CODE	\$.			
I	ENTER PAY CODE	\$.			
J	ENTER PAY CODE	\$.			
K	ENTER PAY CODE	\$.			
L	ENTER PAY CODE	\$.			
M	ENTER PAY CODE	\$.			
N	ENTER PAY CODE	\$.			
O	ENTER PAY CODE	\$.			
	REMARKS: ENTER any PAY CODES listed in REMARKS	\$.			
	TOTAL	\$.	Countable income after exclusions and annualizations =		

² See Table 3 for specific military pay codes and proposed exclusions. WIC regulations allow States to choose whether or not to exclude the military Basic Allowance for Housing (BAH) and Cost-of-living allowance for service members stationed outside the contiguous United States (OCONUS COLA) (See 246.7(2)(d)(iv)(A)). WIC regulations require States to exclude from income payments to service members from the Family Supplemental Subsistence Act (FSSA) and combat pay. In the context of military pay, WIC Policy Memorandum 2013-3 indicated that

“in-kind benefits, such as military on-base housing or other subsidized housing, medical and dental benefits are services that do not meet the definition of ‘income’ and may not be considered in income eligibility determinations.”

POSSIBLE LUMP SUM PAYMENT: PRETEST VERSION

“¿[NAME] recibe este pago, [PAYCODE], una vez al año, mensualmente o por otra frecuencia?”

- Una vez al año
- Trimestral
- Mensual
- OTRO: ESPECIFIQUE LA FRECUENCIA

IF FREQUENCY IS ONCE/YEAR OR QUARTERLY, THEN THE AMOUNT WILL BE ANNUALIZED. OTHERWISE ALL AMOUNTS ARE ASSUMED MONTHLY

POSSIBLE COMBAT PAY: PRETEST VERSION

FOR EACH POSSIBLE COMBAT PAY CODE, SELECT YES OR NO FOR EACH QUESTION

	Paycode: HDIP		Paycode: IDP/HFP		Paycode: HZD	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿[NAME] recibió este pago adicionalmente al pago básico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Este pago es debido a de su asignación a una zona de combate designada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿[NAME] solo recibió este pago mientras esté asignado a una zona de combate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF YES TO ALL THREE QUESTIONS, THE PAY IS COMBAT PAY (AND WILL BE EXCLUDED FROM TOTAL INCOME)
 IF NO, TO ANY QUESTION, THE PAY IS NOT COMBAT PAY AND WILL BE INCLUDED AS INCOME.

Table 3. Military Pay Codes

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
AB	Accession bonus	Ask Lump Sum
ACIP	Aviation Career Incentive Pay	
ACP	Aviation Continuation Pay	
AIP	Assignment Incentive Pay	Ask Combat Pay
ASP	Additional Special Pay	
BAH	Basic Allowance for Housing	if State excludes, Exclude
BAS	Basic Allowance for Subsistence	
BAQ	Basic Allowance for Quarters	if State excludes, Exclude
Base Pay	Base Pay	
BCP	Board Certified Pay Special Pay	
CCA	Civilian Clothing Allowance	Ask Lump Sum
BRA	Basic Replacement Allowance	Ask Lump Sum
Continuation Pay	Continuation Pay	
CCCA	Continuing Civilian Clothing Allowance	Ask Lump Sum
CCRA	Cash Clothing Replacement Allowance	Ask Lump Sum
CEFIP	Career Enlisted Flyer Incentive Pay	
CIP	Combat-related Injury & Rehabilitation	Ask Combat Pay
CMA	Clothing Maintenance Allowance or Clothing Allowance	
CONUS COLA	Continental U.S. Cost of Living Allowance	Exclude, in-kind benefit
Combat Duty or Combat Zone Pay	Combat Duty or Combat Zone Pay	EXCLUDE
CRA	Clothing Replacement Allowance	Ask Lump Sum
CSP	Career Sea Pay	
CSP-P	Career Sea Pay – Premium	
CSRB	Critical Skills Retention Bonus	Ask Lump Sum
CVI	Conditional Voluntary Indefinite Status	
DLA	Dislocation Allowance	Exclude, in-kind benefit
Dive Pay	Dive Pay	Ask Combat Pay
DSCT Meal	Discount Meal	Exclude, in-kind benefit

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
FDP	Foreign Duty Pay	Ask Combat Pay
FLPP	Foreign Language Proficiency Pay	Ask Combat Pay
Flight or Fly Pay	Flight or Fly Pay	Ask Combat Pay
FSA	Family Separation Allowance	Ask Combat Pay
FSH	Family Separation Housing	Exclude, in-kind benefit
FSSA	Family Subsistence Supplemental Allowance	EXCLUDE
HALO	High Altitude/Low Altitude	Ask Combat Pay
HDIP	Hazardous Duty Incentive Pay	Ask Combat Pay
HDP – Involuntary Extension	Hardship Duty Pay – Involuntary Extension	Ask Combat Pay
HDP – L	Hardship Duty Pay - Location	Ask Combat Pay
HDP – M	Hardship Duty Pay – Mission	Ask Combat Pay
HFP/IDP	Hostile Fire/Imminent Danger Pay	Ask Combat Pay
HFP-L	Hostile Fire Pay - Location	Ask Combat Pay
HZD	Hazardous Duty Pay	Ask Combat Pay
ICCA	Initial Civilian Clothing Allowance	Ask Lump Sum
IDP	Imminent Danger Pay Note: Can also mean Independent Duty Corpsman	Ask Combat Pay
ISP	Incentive Special Pay	
Jump Pay	Jump Pay	Ask Combat Pay
LQA	Living Quarters Allowance	Exclude, in-kind benefit
Maternity Clothing Allowance	Maternity Clothing Allowance	Ask Lump Sum
MIHA – Miscellaneous	Moving Housing Allowance - Miscellaneous	Exclude, in-kind benefit
MIHA – Rent	Moving Housing Allowance – Rent	Exclude, in-kind benefit
MIHA – Security	Moving Housing Allowance - Security	Exclude, in-kind benefit
MRB	Multiyear Retention Bonus	
MSP	Multiyear Special Pay	
NIB	Nuclear Career Annual Incentive Bonus	
NPAB	Nuclear Power Accession Bonus	Ask Lump Sum
Nuclear – Continuation Pay	Nuclear – Continuation Pay	
OEP	Overseas Extension Pay	
OHA	Overseas Housing Allowance	Exclude, in-kind benefit
OCONUS COLA	Overseas Continental United States Cost of Living	if State excludes,

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
	Allowance	Exclude
OTEIP	Army Overseas Tour Extension Incentive Pay	
OVERSEAS COLA	Overseas Cost of Living Allowance	Exclude, in-kind benefit
Overseas Extension Pay	Overseas Extension Pay	
PCCA	Partial Civilian Clothing Allowance	Ask Lump Sum
RBMA	Reserve Basic Maintenance Allowance	
SBP	Military Survivor Benefits Plan	
SAVE PAY	Save pay Note: This can represent many types of pay. Ask questions to determine what the pay is for to see if it counts. Often refers to difference in pay due to accepting a new appointment between new and old pay rates. Likely to be a lump sum.	Caution: ask if lump sum
SDAP	Special Duty Assignment Pay	Ask Combat Pay
SDIP	Submarine Duty Incentive Pay	Ask Combat Pay
Sea Pay	Sea Pay	Ask Combat Pay
SEA	Subsistence Expense Allowance	
SEB	Selective Enlistment Bonus	Ask Lump Sum
SepRats	Separation Rations	
SMA	Standard or Separate Maintenance Allowance	
Special Duty Pay	Special Duty Pay	Ask Combat Pay
Specialty Pay	Specialty Pay	Ask Combat Pay
SPO	Split Payment Option Note: This option allows the person to take an amount from the base pay and put it into the ship ATM for personal use while on board. Base WIC income eligibility on the gross amount before the split allocation. Don't count the amount sent to the ship account twice.	Caution
SR	Separation Rations	
SRA	Standard Replacement Allowance	Ask Lump Sum
SRB	Selective Reenlistment Bonus	Ask Lump Sum
Standard Initial Clothing Allowance	Standard Initial Clothing Allowance	Ask Lump Sum
Submarine Pay	Submarine Pay	
SUPP CMA	Enlisted Supplemental Clothing Allowance	Ask Lump Sum
TDYCCA	Temporary Duty Civilian Clothing Allowance	Ask Lump Sum

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
TLE CONUS	Temporary Lodging Expense in US	Exclude, in-kind benefit
TLA	Temporary Living Allowance	Exclude, in-kind benefit
TLA OCONUS	Temporary Lodging Allowance Outside US	Exclude, in-kind benefit
TQSA	Temporary Quarters Subsistence Allowance	
VI	Voluntary Indefinite Status	
VBSS Duty	Maritime Visit, Board, Search & Seizure Duty	
VSP	Variable Special Pay	

**ZERO INCOME REPORTED [TOTAL INCOME=\$0]
ADJUNCTIVELY/AUTO ELIGIBILITY: [YES OR NO]**

IF PARTICIPANT DID NOT QUALIFY AS ADJUNCTIVELY/AUTOMATICALLY INCOME ELIGIBILITY FOR WIC AND PARTICIPANT'S TOTAL INCOME = \$0 AND NO ADULT AGE ≥ 15 YEARS WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES, READ INTRO AND SKIP TO Z2;

IF PARTICIPANT DID NOT QUALIFY AS ADJUNCTIVELY/AUTOMATICALLY INCOME ELIGIBILITY FOR WIC AND PARTICIPANT'S TOTAL INCOME = \$0 AND IF ANY ADULT AGE ≥ 15 YEARS WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES (Q6=2), READ INTRO AND START WITH Z1

INTRO: "Si entendí sus respuestas correctamente, parece que no tuvo ingresos el [CERT_DATE].

- Z1. Usted dice que [NAME] y [NAME] no formaban parte de su familia. ¿[LIST NAMES WHERE Q6=SEPARATE FINANCES], o había alguien que no haya mencionado ayudándole con los gastos del hogar, así como la renta/alquiler/hipoteca, la calefacción o gas, los alimentos en el [CERT_DATE]?
- Sí GO TO Z1a
 - No GO TO Z2

Z1a. "En ese caso, debo preguntarle sobre los ingresos de [NAME]. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], es decir, entre el [CERT_DATE-30] y el [CERT_DATE-1], ¿[NAME] recibió ingresos de [REPEAT Q9a for NAME FOR EACH TYPE OF INCOME SOURCE]. CAPI WILL PROMPT INTERVIEWER TO CHANGE THE RESPONSE TO Q6 FOR [NAME(S)] TO Q6=1 SO THAT THIS INDIVIDUAL IS COUNTED AS PART OF PARTICIPANT'S FAMILY

AFTER Z1a GO TO END OF SURVEY

Z2. “Para mejor entender cómo pagaba los gastos del hogar durante el [MONTH, YEAR OF CERT_DATE], ¿podría indicar si alguna de las siguientes declaraciones era correcta? CHECK ALL THAT APPLY AND ENTER AMOUNT AND DATE IN INCOME SOURCES DOCUMENT FOR RESPONDENT ONLY

<input type="radio"/> Había solicitado asistencia pública pero no recibí los beneficios o pagos hasta después de [MONTH, YEAR OF CERT_DATE] (IF NECESSARY: como la Asistencia temporal para familias necesitadas (a veces denominada asistencia pública sociales) o estampillas de comida).	REQUEST AWARD LETTER AND ENTER AMOUNT AND DATE IN Q9 ON PAGE XX, PUBLIC ASSISTANCE
<input type="radio"/> Había solicitado compensación para trabajadores, pero no recibí pagos hasta después de [MONTH, YEAR OF CERT_DATE].	REQUEST AWARD LETTER AND ENTER AMOUNT AND DATE IN Q9 PAGE XX, WORKER’S COMPENSATION
<input type="radio"/> Recibí dinero en efectivo de emergencia de un amigo(a), una iglesia, una agencia de servicios sociales o comida de un banco de alimentos.	ENTER AMOUNT IN Q9, OTHER CASH
<input type="radio"/> No pagué los servicios, la renta o la hipoteca	
<input type="radio"/> Obtuve unos trabajos como cuidado de niños, limpieza de casas u otros servicios a cambio de una reducción en la renta o alimentos.	IN-KIND BENEFITS NOT INCOME
<input type="radio"/> OTRO: “¿Podría explicar cómo pagó los gastos del hogar en aquel momento?”. WRITE IN RESPONSE: ____	IF R REPORTS ANY INCOME SOURCES RETURN TO Q9
<input type="radio"/> NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES	

AFTER Z2 GO TO END OF SURVEY

INCOME PROBE QUESTIONS (POSSIBLE EXCLUSIONS OR LUMP SUMS)

AT ANY TIME WHILE ASKING PARTICIPANT ABOUT INCOME SOURCES (Q9), THE INTERVIEWER MAY BRING UP A LIST OF THE FOLLOWING POTENTIAL LUMP SUM OR INCOME EXCLUSION QUESTIONS:

If participant is a member of an American Indian Tribe and:	ASK/DO
Ingresos del gobierno o de la tribu	<p>“¿Usted recibió estos ingresos como parte de una liquidación de reclamación o un acuerdo entre el gobierno de Estados Unidos y una tribu indígena de Estados Unidos o una Nación? EXCLUDE ANY SUCH INCOME²</p> <p>“¿Estos ingresos es un pago per cápita de un negocio operado por miembros de una tribu indígena de Estados Unidos o una Nación del cual usted pertenece?” ENTER NET AMOUNT UNDER ROYALTIES. ASK “POSIBLEMENTE UNA SUMA ÚNICA” TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED</p>

If participant or income document refers to:	ASK/DO
Comprobante de vales de elección de vivienda Section 8, asistencia de renta	“¿Es un comprobante de vales de elección de vivienda para asistir con el pago de la renta o hipoteca?” ANY AMOUNT SHOWN ON A HOUSING CHOICE VOUCHER IS NOT COUNTED AS INCOME. DO NOT ENTER AS AN INCOME SOURCE. ³
Vales de cuidado de niño o guardería, o asistencia de cuidado de niño o guardería	EXCLUDE ANY REPORTED PUBLIC ASSISTANCE OR SUBSIDY FOR DAY CARE OR CHILD CARE COSTS ⁴
Cupones/estampillas de alimentos, almuerzo gratuito o a un precio reducido en la escuela pública, alimentos del programa de WIC dado por otros participantes del programa de WIC en la familia	EXCLUDE ANY REPORTED PUBLIC ASSISTANCE WITH MEALS OR FOOD, INCLUDING ANY REPORT OF FREE MEALS A CHILD RECEIVES AT SCHOOL, FOOD INSTRUMENTS RECEIVED BY ANY FAMILY MEMBER FROM SNAP, FDIPIR, OR WIC. ⁵
Asistencia de empleo, capacitación de	“¿Estos ingresos eran para reembolsarle a usted por el transporte, gastos

² WIC regulations include income exclusions for multiple types of payments to members of American Indian Tribes from various treaties, agreements or settlements with the U.S. government (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(4, 6, 7, 9, 10, 21, 24-32)).

³ WIC regulations include income exclusions for multiple forms of housing assistance to low income individuals (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(1, 22-23)

⁴ WIC regulations include income exclusions for payments, or the value of, child care under the Social Security Act or the Child Care and Development Block Grant programs (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(17-19)

⁵ WIC regulations include income exclusions for the value of food assistance from the National School Lunch Program, the Child Nutrition Act or the Food and Nutrition Act (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(8).

If participant or income document refers to:	ASK/DO
empleo, programa de servicios de empleo, <i>Job Corps, Youth Build, American Job Center, Workforce Investment, Capacitación de Empleo, Career Pathway</i>	de cuidado de niño u otros gastos asociados con capacitación de empleo o para obtener un certificado de equivalencias (GED) o tomar clases de capacitación de empleo?" EXCLUDE REIMBURSEMENTS FOR THESE EXPENSES ⁶
<i>Volunteer, AmeriCorps, VISTA</i>	"¿Estos ingresos se recibieron como un trabajador voluntario de AmeriCorps, AmeriCorps VISTA or AmeriCorps National Civilian Community Corps (NCCC)?" ⁷
Bonos / comisiones	ASK "POSIBLEMENTE UNA SUMA ÚNICA" TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED
Regalías	ASK "POSIBLEMENTE UNA SUMA ÚNICA" TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED
¿Alguna mención de asistencia de emergencia debido a un huracán, tornado, tormenta, terremoto, volcán, derrumbe, flujo de lodo, tormenta de nieve, inundación o incendio forestal?	"¿Usted recibió [this] asistencia debido a un desastre natural como un huracán, tornado, tormenta o algún evento similar que fue declarado como un desastre federal? FEMA maintains a list of federal disasters each year: https://www.fema.gov/disasters/grid/year/2015 . EXCLUDE ANY ASSISTANCE DUE TO FEDERAL DISASTER FROM INCOME SOURCES ⁸
¿Alguna mención de la pérdida de bienes durante la inundación o huracán?	"Estos ingresos fueron emitidos por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o El programa nacional de seguro de inundación (National Flood Insurance Program) después de presentar una reclamación por daños de inundación a su hogar? EXCLUDE ANY INCOME DUE TO APPROVED FLOOD DAMAGE CLAIM ⁹
Pago de veteranos o la asistencia a veteranos discapacitados	"Usted /NAME recibió pagos porque fueron expuestos al químico llamado agente naranja (Agent Orange) mientras servía en la guerra de Vietnam o Corea? EXCLUDE ANY AMOUNT DUE TO EXPOSURE TO AGENT ORANGE. INCLUDE ALL OTHER VETERAN'S PAYMENTS ¹⁰
Préstamo, préstamo estudiantil	"Estos ingresos forman parte de un préstamo que debe pagar? EXCLUDE ANY LOAN AMOUNT FROM INCOME SOURCES unless the loan is

⁶ WIC regulations include income exclusions for payments under the Job Training Partnership Act, replaced by the Workforce Investment Act (WIA) and Workforce Investment and Opportunity Act (WIOA). See 246.7(2)(d)(iv)(D)(5).

⁷ WIC regulations exclude payments to domestic volunteers (VISTA is now part of AmeriCorps). See 246.7(2)(d)(iv)(D)(2)

⁸ WIC regulations exclude income from assistance received under the Disaster Relief and Emergency Assistance Amendments of 1989, now the Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act. See 246.7(2)(d)(iv)(D)(13)

⁹ WIC regulations exclude income from assistance to property owners under the National Flood Insurance Program (246.7(2)(d)(iv)(D)(34).

¹⁰ WIC regulations exclude income to certain veterans from the Agent Orange Compensation Exclusion Act ((246.7(2)(d)(iv)(D)(15))

If participant or income document refers to:	ASK/DO
	an amount to which the participant has constant access (e.g., regular contributions from someone not in the household) ¹¹

END OF CERTIFICATION SURVEY

¹¹ WIC regulations exclude loans (246.7(2)(d)(iv)(C)).

¹² WIC regulations exclude loans (246.7(2)(d)(iv)(C)).

IF PARTICIPANT IS ALSO IN THE SAMPLE FOR THE PROGRAM EXPERIENCES SURVEY:

“Hemos finalizado la primera parte de la encuesta. Le entrego la primera tarjeta de regalo Visa de un valor de \$25 dólares para agradecerle. A continuación, le haré unas preguntas sobre su experiencia con el programa de WIC y su nivel de satisfacción con los beneficios y servicios. La siguiente parte de la encuesta se demora alrededor de [ESTIMATED BURDEN OF PROGRAM EXPERIENCE SURVEY] minutos. Después, le daré otra tarjeta de regalo Visa de un valor de \$25 dólares.” [GO TO PROGRAM EXPERIENCES SURVEY]

IF PARTICIPANT IS NOT IN THE SAMPLE FOR THE PROGRAM EXPERIENCES SURVEY:

“Hemos completado la encuesta. Ha sido un placer hablar con usted y muchas gracias por su colaboración. Le entrego la tarjeta de regalo Visa de \$25 dólares para agradecerle su tiempo.”

Field Interviewer confirmation at end of survey:

I met with participant at the following address on the date below: MAKE ANY CORRECTIONS IN THE ROW BELOW								INITIALS
State:	MN	City:	Anytown	ZIP	12345	Street	100 MAIN STREET	
						Date	mm/dd/yy	

- Location was a residential address
- Location was a non-residential address (e.g., library, business, community center). PROVIDE NAME OF LOCATION:

Declaración de Privacidad

Autoridad: El Código de Regulaciones Federales. §215.11 exige que los directores estatales y locales de la agencia del programa de WIC realicen estudios y evaluaciones.

Propósito: La información recopilada es principalmente para el uso del Servicio de Alimentos y Nutrición con fines administrativos y para evaluar el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños.

Uso Rutinario: Se ha publicado un sistema de recolección de información en los Avisos de los Sistemas de Documentos, o SORN, por sus siglas en inglés bajo el título, FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports, en el Registro Federal del 25 de abril, 1991, volumen 56, páginas 19078-19080, donde explica los términos de protección que se ofrecerá a los respondientes.

Divulgación: Su participación en esta encuesta es voluntaria.