

APPENDIX B4.c

DENIED APPLICANT SURVEY VERSION A (ADULT) - SPANISH

Instructions for Reviewers

The Denied Applicant 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 FI 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 applicant sampled for the Denied Applicant Survey; these data elements appear in Table 2 on the next page.

The NSWP-III version of the Denied Applicant Survey is similar in many aspects to the Certification Survey: it includes items needed to make an independent assessment of an applicant's eligibility under four criteria: proof of identity; proof of residency; categorical eligibility; and income eligibility. However, the Denied Applicant Survey differs substantially from the version used in NSWP-II. The version fielded in NSWP-II was a brief telephone survey that relied heavily on self-report, and no documentation. For example, respondents were asked whether they knew the reason WIC had denied their application and, if so, whether they agreed with WIC's determination of their ineligibility.

The survey is organized into the following modules:

Name	Purpose
1. Identity	Document proof of identity
2. Residency	Document proof of residency
3. Category	For Infant or Child applicants, establish participant category
4. Income	Determine the size of the applicant's family economic unit ; Collect documentation of income sources
5. End survey	Thank respondent 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**.

Variable	Description
-----------------	--------------------

APPLICANT LAST NAME	Last name of denied WIC applicant
APPLICANT FIRST NAME	First name of denied WIC applicant
STREET	Street name and number (from WIC agency)
CITY	City (from WIC agency)
STATE	State (Denied Applicant's)
ZIP	Zipcode
STATE_ID	State WIC Agency identifier
LOCAL_ID	Local WIC Agency identifier
CLINIC_ID	Local clinic identifier
ITO	Yes/No, denied applicant is from an ITO
APP_DATE	Date of most recent application (mm/dd/yyyy)
MONTH OF APP_DATE	The name of the month of most recent application date (CAPI will calculate from APP_DATE)
ADJUNCT_ELIG	IF AVAILABLE FOR DENIED APPLICANT: Yes/No, applicant was adjunctively income eligible for WIC
ADJUNCT_PROGRAM	IF AVAILABLE FOR DENIED APPLICANT: Name of program that made ADJUNCT ELIG=yes
MIGRANT	Yes/No, applicant is a migrant worker

Denied Applicant Survey (Version A: Women)

INTRO:

Hola. Gracias por participar en esta encuesta. Como ya sabrá, esta encuesta es sobre las personas que han solicitado para los beneficios del programa de WIC pero que su solicitud fue rechazada por no ser elegible. El propósito de este estudio es de investigar si el programa de WIC siguió los procedimientos adecuados en su proceso de tomar una decisión sobre su elegibilidad. En la medida que permita la ley, mantendremos la confidencialidad de sus respuestas. Dado que la entrevista se realiza en privado, no afectará la decisión tomada por el programa de WIC. Sin embargo, si cree que su oficina local de WIC ha tomado una decisión incorrecta, o si las circunstancias de usted han cambiado desde la última vez que solicitó beneficios para usted o su hijo, se sugiere que solicite nuevamente. Al finalizar la encuesta, le daré una tarjeta de regalo de un valor de \$25 dólares para agradecerle su participación.

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 se utilizarán sus respuestas.

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 39 minutos (0.65 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

Para asegurar que tengo la información correcta, le haré unas preguntas sobre la fecha que usted solicitó los beneficios del programa de WIC en el [APP_DATE].

1. “La primera pregunta es sobre el tipo de identificación presentado. Piense en aquella fecha de [APP_DATE] cuando solicitó para los beneficios de WIC, ¿usted presentó algo con su nombre, fotografía u otro tipo de identificación?”
 - SÍ GO TO 1A
 - NO GO TO 1B
 - DON’T RECALL GO TO 1B

- 1A. “¿Qué tipo de identificación presentó cuando solicito los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]?” [IF APPLICANT HAS TROUBLE WITH THIS REQUEST, READ OFF SOME OF THE ACCEPTABLE TYPES OF ID FROM LIST.]
 - RECUERDA EL TIPO MARK TYPE IN “ID SHOWN AT WIC” AND GO TO 1E
 - NO RECUERDA GO TO 1E

Comprobantes de identificación [VERIFICAR AL MENOS UNO]	Identificación mostrada en la oficina de WIC (auto reportado)
Licencia de conducir con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Licencia emitida por la tribu o el estado o identificación con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Identificación de pase de autobús, militar, escolar o laboral con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de identificación del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) o documento del WIC (PARTICIPANTES PREVIOS DEL WIC únicamente; las tarjetas de EBT NO son comprobante de identidad válido)	<input type="checkbox"/>
Carta de la agencia gubernamental (incluido el WIC) con nombre	<input type="checkbox"/>
Estado de cuenta bancaria con nombre	<input type="checkbox"/>
Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca, renta, con nombre	<input type="checkbox"/>

Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre)	<input type="checkbox"/>
OTRO:	<input type="checkbox"/>
FI Notes	<i>FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE</i>

1B. “¿Hubo una razón en particular que no pudo presentar identificación cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]?”
DO NOT READ LIST. MULTIPLE RESPONSES OK.

- OLVIDÉ LLEVARLA
- NO SABÍA CUÁL IDENTIFICACIÓN TRAER
- PENSABA QUE ERA NECESARIO TRAER UNA LICENCIA DE CONDUCIR Y NO TENÍA UNA
- NO TENÍA NINGUNA (**PROBE:** “¿Por qué no tenía ninguna identificación en aquel momento?”)
 - ROBO/EXTRAVÍO
 - SIN HOGAR
 - PERDÍ MI BILLETERA/CARTERA/IDENTIFICACIÓN
 - SE PERDIÓ EN UN DESASTRE NATURAL, UN INCENDIO, INUNDACION U OTRO TIPO DE DESASTRE
 - FUI DESALOJADO DE MI HOGAR Y PERDÍ MI IDENTIFICACIÓN Y OTROS BIENES
 - ME FUI DE LA CASA DE MIS PADRES/PAREJA/NO TENGO ACCESO A LA IDENTIFICACIÓN
- OTRO (**ESPECIFICAR:** _____)
- NO RECUERDO/NO SE
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

1C. “¿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 son obligados a mudarse de acuerdo a la temporada de cultivo.”

- SÍ (TRABAJADOR DE CAMPO MIGRANTE)
- NO

1D. “¿Usted regresó nuevamente a la oficina de WIC en algún momento después de la fecha de [APP_DATE] con identificación?”

- SÍ GO TO 1E
- NO GO TO NEXT MODULE

- 1E. “¿Me podría mostrar el mismo tipo de documentación que presentó en la oficina de WIC, u otro tipo de identificación que había presentado?”
- SÍ GO TO 1F
 - NO GO TO NEXT MODULE

- 1F. DOES NAME ON ID MATCH SAMPLE INFORMATION?
- YES MARK TYPE IN “ID SHOWN DURING SURVEY” AND GO TO NEXT MODULE
 - NO “El nombre que aparece en este documento de identificación no coincide con mis registros. ¿Podría presentar otro documento de identificación que muestra su nombre?”
 - APPLICANT MARRIED, DIVORCED OR OTHER LEGAL NAME CHANGE SINCE APP_DATE
 - NO VALID IDENTIFICATION GO TO NEXT MODULE

Comprobantes de identificación [VERIFICAR AL MENOS UNO]	Identificación mostrada durante la encuesta
Licencia de conducir con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Licencia emitida por la tribu o el estado o identificación con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Identificación de pase de autobús, militar, escolar o laboral con fotografía y nombre	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de identificación del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) o documento del WIC (PARTICIPANTES PREVIOS DEL WIC únicamente; las tarjetas de EBT NO son comprobante de identidad válido)	<input type="checkbox"/>
Carta de la agencia gubernamental (incluido el WIC) con nombre	<input type="checkbox"/>
Estado de cuenta bancaria con nombre	<input type="checkbox"/>
Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca, renta, con nombre	<input type="checkbox"/>
Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre)	<input type="checkbox"/>
OTRO: ESPECIFIQUE	

FI Notes

FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE

RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATE

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

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

2. “Piense en aquella fecha del [APP_DATE], ¿usted presentó un tipo de documento donde aparecía la dirección de usted?”

- SÍ GO TO 2A
- NO GO TO 2B
- NO RECUERDA GO TO 2B

2A. “¿Qué tipo de documento presentó para comprobar la dirección donde vivía?”

- RECUERDA EL TIPO DE DOCUMENTO PRESENTADO MARK IN “SHOWN AT WIC” BELOW AND GO TO 2E
- NO RECUERDA GO TO 2E

Comprobantes de residencia	Mostrado en el WIC	Mostrado durante la encuesta
Licencia de conducir con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licencia estatal o emitida por la tribu, o identificación con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca o contrato de renta con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de identificación del WIC o documento del WIC (PRIOR WIC PARTICIPANTS solo) con dirección y nombre del bebe/niño o cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta de la agencia gubernamental con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo con sello postal de un tercero confiable con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B. “¿Cuál era la razón por la cual no pudo presentar un documento comprobando la dirección de donde vivía usted en aquel entonces cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]?”

DO NOT READ LIST. MULTIPLE RESPONSES OK.

- OLVIDÉ LLEVARLA
- NO SABÍA CUÁL IDENTIFICACIÓN TRAER
- PENSABA QUE ERA NECESARIO TRAER UNA LICENCIA DE CONDUCIR Y NO TENÍA UNA
- NO TENÍA NINGUNA (**PROBE:** “¿Por qué no tenía ninguna identificación en aquel momento?”)
 - ROBO/EXTRAVÍO
 - SIN HOGAR
 - PERDÍ MI BILLETERA/CARTERA/IDENTIFICACIÓN
 - SE PERDIÓ EN UN DESASTRE NATURAL, UN INCENDIO, INUNDACIÓN U OTRO TIPO DE DESASTRE
 - FUI DESALOJADO DE MI HOGAR Y PERDÍ MI IDENTIFICACIÓN Y OTROS BIENES
 - ME FUI DE LA CASA DE MIS PADRES/PAREJA/NO TENGO ACCESO A LA IDENTIFICACIÓN
- OTRO (**ESPECIFICAR:** _____)
- NO RECUERDO/NO SE
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

2C. IF ITEM 1C WAS ADMINISTERED, GO TO 2D. OTHERWISE ASK:

“¿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 son obligados a mudarse de acuerdo a la temporada de cultivo.”

- SÍ (MIGRANT FARMWORKER) GO TO 2D
- NO GO TO 2D

2D. “¿Usted regresó a la oficina de WIC después de la fecha del [APP_DATE] con algún comprobante de su dirección de casa?”

- YES GO TO 2E
- NO GO TO NEXT MODULE

2E. “¿Podría mostrarme el mismo tipo de documento que presentó u otro comprobante con su nombre y dirección actual?” [IF NECESSARY: como la factura de servicios, un contrato de renta/arriendo o carta dirigida a usted con su nombre y dirección?”]

[IF RESPONDENT HAS TROUBLE WITH THIS REQUEST, READ SOME OF THE ACCEPTABLE TYPES OF RESIDENCY PROOF FROM LIST. MAIL MUST HAVE RESIDENTIAL ADDRESS. P.O. BOX DOES NOT = PROOF OF RESIDENCY. RURAL ROUTE BOX NUMBER IS ACCEPTABLE RESIDENTIAL ADDRESS.

- SÍ GO TO 2F
- NO GO TO NEXT MODULE

2F. DO NAME AND ADDRESS MATCH SAMPLE INFORMATION?

- SÍ MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE
- NAME IS DIFFERENT BUT ADDRESS MATCHES GO TO 2G
- NAME MATCHES BUT ADDRESS IS DIFFERENT GO TO 2H
- NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2H

Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE]	Presentado durante la encuesta
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"/>
[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: SPECIFY	<input type="checkbox"/>
OTHER: specify	<input type="checkbox"/>

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

2G. (NAME IS DIFFERENT BUT ADDRESS MATCHES): “Este documento tiene una dirección, pero aparece el nombre de otra persona. ¿Tiene otro tipo de documento con la dirección y el nombre suyo?”

- SÍ MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE
- ADDRESS MATCHES BUT APPLICANT MARRIED, DIVORCED OR OTHER LEGAL NAME CHANGE SINCE APP_DATE:
GO TO NEXT MODULE
- ADDRESS IS DIFFERENT BUT NAME MATCHES GO TO 2H
- NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2H
- NO CURRENT PROOF OF RESIDENCY GO TO NEXT MODULE

2H. (ADDRESS DIFFERS OR NAME AND ADDRESS DIFFER): “Bueno, el nombre de [name and] y la dirección no coinciden con mis registros. ¿Usted se ha mudado desde la fecha del [APP_DATE]?”

- YES (RECENTLY MOVED) ENTER INFO BELOW AND GO TO NEXT MODULE
- NO (DID NOT RECENTLY MOVE) GO TO 2I

State:		ZIP:		ADDRESS IS A STREET ADDRESS (Not PO Box)?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
--------	--	------	--	---	--

2I. “¿Usted tiene otro tipo de documento con su nombre y dirección, así como una factura de servicios, un contrato de renta/arriendo o alguna carta o correspondencia dirigida a usted que ha recibido recientemente?”

- YES REVERSE TO 2F
- NO GO TO NEXT MODULE

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

ALTERNATE PROCEDURE APPLIES ONLY IF APPLICANT LIVES ON TRIBAL LAND OR IN REMOTE INDIAN VILLAGE OR PUEBLO. ELSE USE RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATES.

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 DOES 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. “Cuando usted solicitó los beneficios de WIC en la fecha del [MONTH_OF_APP_DATE], ¿usted presentó un documento donde aparecía la dirección de casa donde usted vivía?”

- YES ENTER PROOF BELOW
 NO FALTA DE DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE TRIBU O UN PUEBLO RURAL GO TO ALT 2B
 NO GO TO ALT 2D

Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE]	Presentado durante la encuesta
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"/>
[Si es permitido por el estado] Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitido la tribu con el nombre y dirección del participante	<input type="checkbox"/>
OTHER: SPECIFY	<input type="checkbox"/>
OTHER: specify	<input type="checkbox"/>

FI Notes

FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE

ALT 2B. “¿Cómo se llama el pueblo donde vivía (vive)?”

Village from Sample Information: [VILLAGE]	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.

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

IF VILLAGE IN SAMPLE INFORMATION is missing, GO TO ALT 2D

IF APPLICANT RELUCTANT TO GIVE VILLAGE NAME, GO TO ALT 2D.

ALT 2C (i). “Según mis registros usted estaba viviendo en [VILLAGE].

(i) ¿Hay otro nombre para el lugar donde usted vivía en aquella fecha cuando tuvo su cita de solicitar beneficios?

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

ALT 2C (ii)

(ii) “¿Usted se mudó recientemente?”

- YES (RECENTLY MOVED) GO TO ALT 2D
- NO (DID NOT RECENTLY MOVE) 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	

IF MAILING ADDRESS MATCHES SAMPLE INFORMATION, GO TO NEXT MODULE. IF NO MAILING ADDRESS IN SAMPLE INFORMATION OR IF 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 ha cambiado la dirección postal recientemente?”

- YES GO TO NEXT MODULE
- NO GO TO NEXT MODULE

FI Notes

FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE

PARTICIPANT CATEGORY

3. “Ahora, veremos si usted cumplía con algunos de los requisitos que corresponden a las categorías de elegibilidad del programa de WIC cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]. ¿Cuál de las siguientes categorías mejor describe su situación en aquel entonces?:

Cuando solicitó para el WIC... READ FIRST THREE OPTIONS IN LIST

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1=Estaba embarazada | GO TO 3A |
| <input type="radio"/> 2=Había dado a luz recientemente (ósea, el bebé tenía menos de 1 año) | GO TO 3B |
| <input type="radio"/> 3=Mi embarazo reciente se terminó debido a un aborto espontáneo u otro motivo | GO TO 3C |
| <input type="radio"/> 4= HABÍA DADO A LUZ Y ESTABA RECIÉN EMBARAZADA | GO TO 3A |
| <input type="radio"/> 5= EL EMBARAZO RECIENTE SE TERMINÓ ESTABA EMBARAZADA NUEVAMENTE | GO TO 3A |
| <input type="radio"/> 6= EL EMBARAZO RECIENTE SE TERMINÓ Y RECIÉN DI A LUZ | GO TO 3B |
| <input type="radio"/> 7= ESTABA EMBARAZADA, RECIÉN DI A LUZ, Y MI OTRO EMBARAZO SE TERMINÓ | GO TO 3A |
| <input type="radio"/> 8=NINGUNA DE LAS ANTERIORES | SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX |
| <input type="radio"/> 9=NO RECUERDO | SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX |

3A. “Cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE], ¿usted le informó a la oficina de WIC que estaba embarazada o que posiblemente podría estarlo?”

<input type="radio"/> SÍ	SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE
<input type="radio"/> NO	IF Q3=1 SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE IF Q3=4 GO TO 3B IF Q3=5 GO TO 3C IF Q3=7 GO TO 3B
<input type="radio"/> NO RECUERDO	SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE

3B. “¿Cuándo nació su bebé?”

ENTER DATE OF BIRTH:

mm-dd-yyyy

AFTER ENTERING DATE OF BIRTH, GO TO 3D

- IF (APP_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY), CAPI WILL GO TO 3D.
- IF (APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH INFANT REACHES 6 MONTHS), CAPI WILL GO TO NEXT MODULE (ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING)
- IF APP_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY, CAPI WILL GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING.¹

3C. “[IF APPROPRIATE: Lamento mucho su pérdida.] Algunas mujeres continúan siendo elegibles para recibir beneficios de WIC durante un período determinado después de que su embarazo haya terminado. Le quisiera hacer unas preguntas sobre su embarazo, pero podrían ser algo incómodas para usted. Me puede indicar si no desea responder a las preguntas y continuaré a la siguiente sección de la entrevista. ¿Es posible hacerle unas preguntas sobre su embarazo que se terminó inesperadamente?”

- SÍ GO TO 3CA
- NO SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX

3CA. ¿Puede indicarme cuándo se terminó su embarazo?”

ENTER DATE LAST PREGNANT:

mm/dd/yyyy

GO TO NEXT MODULE

IF UNSURE OF DATE, “Está bien si no sabe exactamente, entonces, ¿cuál de las siguientes opciones mejor describe más o menos la fecha: READ LIST

- más de 6 meses antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- aproximadamente 6 meses antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- aproximadamente 5 meses antes del [APP_DATE]
- aproximadamente 4 meses antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- aproximadamente 3 meses antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- aproximadamente 2 meses antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- aproximadamente 1 mes antes del [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE
- dentro de los 30 días anteriores al [APP_DATE] GO TO NEXT MODULE

GO TO NEXT MODULE

¹ Although local agencies may shorten or extend the certification period of a breastfeeding woman up to 30 days if there is difficulty scheduling a certification appointment, this is within the local agency’s discretion. The Denied Applicant Survey analysis will not attempt to determine whether a local agency should have exercised this discretion.

3D. “Piense en aquella fecha del [APP_DATE], ¿amamantaba a su bebé una vez al día o con más frecuencia, por lo general?”

- SÍ GO TO NEXT MODULE
- NO GO TO NEXT MODULE
- NO RECUERDO GO TO 3E

3E. “Le puedo ayudar a pensarlo para que se acuerde. Solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE], su bebé tenía [AGE: MESES/SEMANAS]. ¿Amamantaba a su bebé una vez al día o con más frecuencia durante ese tiempo?”

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

- IF APP_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY, GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING).
- IF (APP_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY) AND (3D=YES OR 3E=YES), ELIGIBLE AS BREASTFEEDING.
- IF (APP_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY) AND (3D=NO OR 3E=NO OR 3E=DON’T RECALL), THEN GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS BREASTFEEDING OR POSTPARTUM)

3F. “Algunas mujeres continúan siendo elegibles para recibir beneficios de WIC durante un período determinado después de que su embarazo termine. Le quisiera hacer unas preguntas sobre su embarazo, pero podrían ser algo incómodas para usted. Me puede indicar si no desea responder a las preguntas y continuaré a la siguiente sección de la entrevista. ¿Es posible hacerle unas preguntas sobre el término de su embarazo y su parto más reciente?”

- YES GO TO 3FA
- NO SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE

3FA. Es necesario saber qué sucedió primero, ¿usted dio a luz primero o tuvo un embarazo que terminó antes de esto?”
 [FI: PROMPT FOR DATE OF BIRTH; IF DATE OF END OF PREGNANCY NOT KNOWN, ASK WHICH HAPPENED FIRST]

(i) “Primeramente, ¿cuándo nació su bebé?”	<i>mm-dd-yyyy</i>	CAPI CALCULATES INFANT AGE ON APP_DATE
(ii) “¿Y cuándo se terminó su embarazo reciente?”	<i>mm-dd-yyyy</i> OR: <input type="radio"/> BEFORE INFANT DOB <input type="radio"/> AFTER INFANT DOB	CAPI CALCULATES WHICH EVENT FIRST
(iii) “Finalmente, ¿estaba dándole leche materna (amamantado) al bebé cuando solicitó beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]? ¿Cuántos [MONTHS] tenía su bebe en esa fecha?”	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No recuerda	LOCAL AGENCY CAN EXTEND CERTIFICATION UP TO 30 DAYS FOR BREASTFEEDING WIC PARTICIPANT

IF INFANT BORN AFTER [APP_DATE] SELECT Q3=1 (PREGNANT) AND FOLLOW SKIP LOGIC TO 3A

IF INFANT BORN BEFORE [APP_DATE] AND APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH INFANT REACHED 6 MOS OF AGE, GO TO NEXT MODULE (CATEGORICALLY ELIGIBLE AS EITHER BREASTFEEDING OR POSTPARTUM)

IF INFANT BORN BEFORE [APP_DATE] AND APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY AND APP_DATE > DATE INFANT REACHED 6 MOS OF AGE AND 3F(iii)=YES, was breastfeeding, CATEGORICALLY ELIGIBLE. GO TO NEXT MODULE

IF INFANT BORN BEFORE [APP_DATE] AND APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY AND APP_DATE > DATE INFANT REACHED 6 MOS OF AGE AND (3F(iii)=NO, not breastfeeding OR 3F(iii)=DON’T RECALL), CATEGORICALLY INELIGIBLE. GO TO NEXT MODULE

IF INFANT BORN BEFORE [APP_DATE] AND APP_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY, CHECK DATE_PREG_END (this WIC applicant has a child older than 1 year but also recently had a pregnancy end):

IF (DATE_PREG_END ≤ APP_DATE) AND (APP_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF 6TH MONTH AFTER DATE_PREG_END), CATEGORICALLY ELIGIBLE (POSTPARTUM): GO TO NEXT MODULE

IF (DATE_PREG_END ≤ APP_DATE) AND APP_DATE > LAST DAY OF MONTH OF 6TH MONTH AFTER DATE_PREG_END), CATEGORICALLY INELIGIBLE: GO TO NEXT MODULE

IF DATE_PREG_END AFTER APP_DATE SELECT Q3=1 (PREGNANT) AND FOLLOW SKIP LOGIC TO 3A. IF 3A=YES, eligible as PREGNANT

INCOME ELIGIBILITY

HOUSEHOLD ENUMERATION

Q1. “Ahora, le haré unas preguntas para conocer las circunstancias de su familia sobre el número de miembros del hogar y los ingresos. Pediré que me de los nombres de las personas que tenían residencia en su casa o que vivían con usted durante el [MONTH OF CERT_DATE] y si son parientes o familiares. Escribiré los nombres para después hacer unas preguntas sobre ellos. Por favor, solo incluya a nombres de personas que vivían con [SAMPLED INFANT/CHILD] durante el [MONTH OF CERT_DATE].

BEGIN WITH INFANT/CHILD APPLICANT. RECORD EACH NAME IN THE LIST BELOW. ENTER FIRST NAME ONLY

- Q1. ¿Quién vivía con usted durante el [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 usted?

Q1	Q2	Q3	Q4	Relationship Codes	
NAME	GENDER 1=male 2=female	AGE in years	RELATIONSHIP	1=cónyuge 2=pareja 3=hijo/a 4=hijastro/a 5=hijo adoptivo 6=padre 7=padrastro/a 8=tutor legal 9=hermano/hermana 10=abuelo/a	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		
R2. PARENT/RESPONDENT					
R3.					
R4.					
R5.					
R6.					
R7.					
R8.					
ANYONE ELSE? ▲	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? ? YES NO

FAMILY MEMBERS TEMPORARILY AWAY

“Además de las personas ya mencionadas, ¿hay alguna persona que vivía allí regularmente con usted, pero por algún motivo temporal no se encontraba viviendo allí durante el [MONTH OF CERT_DATE]? (IF NECESSARY, 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?”

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 usted?”

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
NAME	GENDER	AGE	RELACIÓN FAMILIAR	1=cónyuge	11=tío/tía	REASON TEMPORARILY AWAY	if 4B=4: WHERE CHILD LIVES MOST
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=padraastro/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 AS PART OF 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 DENIED APPLICANT’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 forma 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 ECONOMIC 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 usted 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 los 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, responsable por el cuidado: SELECT “SEPARATE” FOR NAME

IF NECESSARY FOR MEMBERS TEMPORARILY AWAY, PROBE:

- NAME IS ≥ 15 YEARS: “¿Cuando [NAME] está viviendo allí, usted y [NAME] comparten los ingresos y gastos?”
- NAME IS < 15 YEARS: “¿Cuando [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? ²
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=comparte como familia <input type="radio"/> 2=separado

PREGNANT FAMILY MEMBERS

RECORD START TIME: __: __

² 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.

IF Q3=(1, 4, 5 OR 7) ASK P1-P1B, OTHERWISE SKIP TO P2

P1. “Anteriormente, me indicó que estaba embarazada cuando solicito para los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE]. En ese momento, ¿estaba embarazada de un solo bebé, de mellizos/gemelos o más niños?

- Parto único (un solo bebé)
- Mellizos/Gemelos
- Más de dos bebés: ENTER NUMBER__ (TRIPLETS =3, QUADRUPLETS =4, ETC)

P1A. “¿Desde la fecha de esa cita / [NAME] ha dado a luz?” (DO NOT READ OPTIONS)

- SÍ GO TO P1B
- NO GO TO P2

P1B. “¿Usted ya incluyó el nombre del bebé/los bebés que usted/ [NAME] dio a luz como parte de los miembros de la familia ya mencionados? **[CONFIRM THAT THE SAME NUMBER OF INFANTS FROM PREGNANCY (P1) 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 APPLICANT (ADOPTED OR REMOVED FROM THE HOME BY THE STATE)

- SÍ, CON [N] BEBÉS YA MENCIONADOS **CAPI WILL SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT**
- NO, EL BEBÉ FALLECIÓ, LO RETIRARON DE LA CASA, NO ESTABA VIVIENDO EN LA CASA EN LA FECHA DE APP_DATE – DO NOT LIST THE INFANT ANYWHERE

P2. “Había otra persona en la familia embarazada cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de APP_DATE? (IF NECESSARY: THESE QUESTIONS HELP DETERMINE THE CORRECT NUMBER OF PEOPLE IN YOUR HOUSEHOLD WHEN YOU APPLIED FOR WIC)

- Sí GO TO P3
- No GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

P3. “¿Quién estaba embarazada en la fecha de APP_DATE?”	
<SELECT NAME FROM Q1 LIST DROPDOWN MENU>	IF PREGNANT MEMBER SHARES FINANCES (Q6=1), GO TO P3A. IF PREGNANT MEMBER HAS SEPARATE FINANCES (Q6=2), GO TO P3D

P3A. “[NAME] estaba esperando un solo bebé, gemelos/mellizos o más de dos niños?”

- Parto único (un solo bebé) **IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 1 TO FAMILY ECONOMIC UNIT**
- Mellizos/Gemelos **IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 2 TO FAMILY ECONOMIC UNIT**
- Más de dos bebés: ENTER NUMBER **IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD [N] TO FAMILY ECONOMIC UNIT**

P3B. “Desde esa cita, ¿[NAME] ha dado a luz?” (DO NOT READ OPTIONS)

- SÍ GO TO P3C
- NO [STILL PREGNANT OR PREGNANCY ENDED] GO TO P3D

P3C. “¿Usted ya incluyó el nombre del bebé/los bebés que usted/ [NAME] dio a luz como parte de los miembros de la familia ya mencionados? [CONFIRM THAT THE SAME NUMBER OF INFANTS FROM ITEM P3A 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 APPLICANT (ADOPTED OR REMOVED FROM THE HOME BY THE STATE)

- SÍ, CON [N] BEBÉS YA MENCIONADOS **CAPI WILL SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT**
- NO: [NAME] ESTABA EMBARAZADA DURANTE ESTA FECHA [LIST INFANT AS A HOUSEHOLD MEMBER]
- NO: EL BEBÉ FALLECIÓ, LO RETIRARON DE LA CASA, NO ESTABA VIVIENDO EN LA CASA EN LA FECHA DE APP_DATE – DO NOT LIST THE INFANT ANYWHERE

P3D. “¿Había alguien más que estaba embarazada en la fecha de APP_DATE?”

- SÍ, IF YES, REVERSE TO P3 AND REPEAT P3-P3D AS NEEDED
- NO GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

P3D. “Había otra alguien más que estaba embarazada en la fecha de [APP_DATE]?”

- YES IF YES, REVERSE TO P3 AND REPEAT P3-P3D AS NEEDED
- NO GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

ADJUNCTIVE OR AUTOMATIC ELIGIBILITY

Q7. “Cuando usted solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP_DATE], ¿usted o algún miembro del hogar también recibía beneficios de un programa calificador como Medicaid (asistencia federal de seguro médico), SNAP (asistencia de comida), TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas), o [NAME OF STATE PROGRAM(S)]?”

<input type="radio"/> SÍ	“ ¿Podría presentar algún documento que comprueba la participación en ese programa, como la tarjeta de certificación, carta de confirmación de beneficios, un aviso de beneficios u otro documento que muestra cuando el participante del [ADJUNCT PROGRAM] era elegible?”
<input type="radio"/> EL PROGRAMA DE WIC ENCONTRÓ MI NOMBRE DE LA LISTA DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DEL SITIO WEB O POR UN PROGRAMA O AGENCIA CORRESPONDIENTE	“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]?”
<input type="radio"/> NO	GO TO INCOME SOURCES
<input type="radio"/> NO RECUERDA	GO TO INCOME SOURCES

IF RESPONDENT HAS DOCUMENTATION, ENTER INFORMATION IN TABLE BELOW

Tipo de documento: Participante en algún programa calificador / Elegibilidad automático basado en los criterios de ingresos

Programa calificador	<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 vencimiento de la elegibilidad o la fecha que la inscripción se vence	<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?

PROOF TOO NEW

“Se ve que este documento fue emitido después de la fecha que solicitó por los beneficios de WIC del [APP_DATE]. ¿Tiene algún otro tipo de documento con una fecha que compruebe que estaba recibiendo beneficios de este programa antes del [APP_DATE]?”

- YES ENTER INFORMATION FROM CORRECTLY DATED PROOF OF PARTICIPATION IN ADJUNCT PROGRAM (CAPI WILL PRESENT A NEW TABLE FOR ENTERING INFORMATION FROM THE NEXT DOCUMENT SHOWN)
- NO GO TO OTHER BENEFITS PROGRAM

PROOF EXPIRED

“Se ve que este documento tiene una fecha de vencimiento que se expiró antes de que solicitó beneficios de WIC del [APP_DATE]. ¿Tiene algún otro tipo de documento con una fecha que compruebe que estaba recibiendo beneficios de este programa antes del [APP_DATE]?”

- YES ENTER INFORMATION FROM CORRECTLY DATED PROOF OF PARTICIPATION IN ADJUNCT PROGRAM(CAPI WILL PRESENT A NEW TABLE FOR ENTERING INFORMATION FROM THE NEXT DOCUMENT SHOWN)
- NO GO TO OTHER BENEFITS PROGRAM

OTHER BENEFITS PROGRAM

“¿Algún miembro de su hogar de su hogar estaba recibiendo beneficios en otros programas de asistencia cuando usted solicitó por beneficios de WIC en el [APP_DATE]?” [IF NECESSARY, PROMPT “así como Medicaid, SNAP, TANF or [NAME OF STATE PROGRAM(S)]”]

- YES CAPI WILL REPEAT RESPONSE OPTIONS AND PROMPTS SHOWN ABOVE UNDER Q7 FOR FI TO ENTER INFORMATION ABOUT PARTICIPATION IN ANY OTHER PROGRAM THAT MAY CONFER ADJUNCTIVE INCOME ELIGIBILITY
- NO “OK, thank you. Let’s move on to income sources.” GO TO INCOME SOURCES

CAPI WILL GO TO INCOME SOURCES EVEN IF ADJUNCTIVELY/AUTOMATICALLY INCOME ELIGIBLE: [Note for reviewers:
Regardless of adjunctive income eligibility status, for denied applicants we will also collect income]

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 la fecha de [APP_DATE], los ingresos de su familia eran por debajo o igual a \$[INCOME_MAX]?”

- YES GO TO ID8A
- 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 durante la fecha de [APP_DATE]. Le aseguramos que mantendremos su información confidencial y protegeremos su privacidad. No incluiremos información dentro del estudio que sea asociada con su identificación o la de su familia. Recolectaremos los datos sobre los ingresos que nos reporta y los juntaremos con la información de las demás personas a lo largo de Estados Unidos. Su información personal no se compartirá con los siguientes programas ni entidades: el programa de WIC, la oficina local de WIC, otros programas de beneficios, el arrendador/dueño del lugar donde alquila, el banco, el empleador, ni personas de su comunidad.

- Q8a. Cuanto solicitó la cita para recibir beneficios de WIC [APP_DATE], ¿usted había quedado desempleado recientemente – es decir que había estado trabajando, pero luego dejó de trabajar?
- Sí FILL NAME AND TABLE BELOW; 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

“Comenzaremos con unas preguntas sobre las fuentes de ingresos, luego haré preguntas sobre las fuentes 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].

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”).

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], usted [you/NAME] recibía 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 9C. 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]	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]	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 (autoreportado) Other [textbox]	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], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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"/> Talón de pago/recibo de sueldo <input type="checkbox"/> Declaración de ingresos <input type="checkbox"/> Registros comerciales de las comisiones <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"/> Talón de pago/recibo de sueldo <input type="checkbox"/> Declaración de ingresos <input type="checkbox"/> Registros comerciales de las comisiones <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"/> Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 <input type="checkbox"/> Registros comerciales <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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"/> Contrato de alquiler, renta, otros registros comerciales <input type="checkbox"/> Cheque de renta cancelada <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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 PARA ITO: pagos per cápita) (PAGO NETO) (POSIBLE QUE SEA UNA	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="radio"/> Talón de pago/recibo de sueldo <input type="radio"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito	PAGO NETO _____	<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Del último año a la fecha

SUMA ÚNICA) (POSIBLE EXCLUSIÓN)		<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> <u>Declaración de impuestos del IRS 2017, 1099</u><input type="radio"/> <u>Registros comerciales</u><input type="radio"/> Otro [casilla de texto]<input type="radio"/> NINGUNO (auto reportado)		<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Mensual<input type="radio"/> Único/una sola cantidad<input type="radio"/> Otro: ____
---------------------------------	--	--	--	--

A. Piense en los 30 días antes del [CERT_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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"/> Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación <input type="checkbox"/> Cheque o talón de cheque <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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: ____
IF PARTICIPANT/FAMILY MEMBER INDICATES NO INCOME FROM UNEMPLOYMENT COMPENSATION BUT WAS UNEMPLOYED (Q8A), ASK: UE1. “¿Solicitó beneficios de desempleo?” <input type="radio"/> Sí GO TO UE2 <input type="radio"/> No CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE 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 UE3. “Bien, USTED/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				
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	From: mm/dd/yy To: mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación <input type="checkbox"/> Cheque o talón de cheque <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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"/> Carta de confirmación de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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 [APP_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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 [casilla de texto] <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 suplementarios estatales seguro de 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 [casilla de texto] <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 (Asistencia temporal para familias necesitadas)	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 [casilla de texto] <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], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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^a 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 [casilla de texto] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ <hr/> <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^a 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 [casilla de texto] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ <hr/> <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 comprobante de cheque</u> <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancaria de un depósito <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ <hr/> <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 [casilla de texto] <input type="checkbox"/> NINGUNO (auto reportado)	Pago bruto \$ <hr/> <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], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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 [casilla de texto] <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 [casilla de texto] <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], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. 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"/> 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 [casilla de texto] <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 [casilla de texto] <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 con fecha y firmada</u> <input type="checkbox"/> <u>Depósito en estado de cuenta bancario</u> <input type="checkbox"/> Otro [casilla de texto] <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 [casilla de texto] <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 MODULE³

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 =		

³ 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:

POSSIBLE LUMP SUM PAYMENT: PRETEST VERSION

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

- Una vez al año
- Trimestral
- Una vez al mes
- 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

	SI	NO
¿[NAME] recibió este pago adicionalmente al pago básico?	<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"/>
¿[NAME] solo recibió este pago mientras esté asignado a una zona de combate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF YES TO ALL THREE QUESTIONS, THE PAY WAS COMBAT PAY (AND WILL BE EXCLUDED FROM TOTAL INCOME)
IF NO, TO ANY QUESTION, THE PAY WAS 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
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

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
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 Allowance	if State excludes, 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

Code	Type of Pay	Counts as Income unless noted otherwise
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
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 [IF TOTAL INCOME=\$0]

IF APPLICANT DID NOT CLAIM PARTICIPATION IN MEDICAID, SNAP AND/OR TANF; AND IF APPLICANT'S TOTAL FAMILY INCOME = \$0; AND IF NO ADULT AGED ≥ 15 WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES, CAPI WILL DISPLAY INTRO AND Z2.

IF APPLICANT DID NOT CLAIM PARTICIPATION IN MEDICAID, SNAP AND/OR TANF; AND IF APPLICANT'S TOTAL FAMILY INCOME = \$0; AND IF ANY ADULT AGED ≥ 15 WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES, CAPI WILL DISPLAY INTRO AND START WITH Z1.

INTRO: "Si entendí sus respuestas correctamente, parece que no tuvo ingresos el [APP_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="checkbox"/> 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 cupones/estampillas de alimentos).	REQUEST AWARD LETTER AND ENTER AMOUNT AND DATE IN Q9 ON PAGE XX, PUBLIC ASSISTANCE PROVIDED LETTER?: SI/NO
<input type="checkbox"/> 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 PROVIDED LETTER?: SI/NO
<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> No pagué los servicios, la renta o la hipoteca	
<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OTRO: “¿Podría explicar cómo pagó los gastos del hogar en aquel momento?”. WRITE IN RESPONSE: _____	IF R REPORTS ANY INCOME SOURCES RETURN TO Q9 PROVIDED SOURCE?: YES/NO IF YES LABEL INCOME SOURCE COPY Z2-OTHER
<input type="checkbox"/> 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 INCOME⁴</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 “POSSIBLE LUMP SUM” 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. ⁵
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 ⁶
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. ⁷
Asistencia de empleo, capacitación de empleo, programa de servicios de empleo, <i>Job Corps</i> , <i>Youth Build</i> , <i>American Job Center</i> , <i>Workforce</i>	“¿Estos ingresos eran para reembolsarle a usted por el transporte, gastos 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 ⁸

⁴ 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)).

⁵ 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)

⁶ 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)

⁷ 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
Investment, Capacitación de Empleo, Career Pathway	
Volunteer, AmeriCorps, VISTA	“¿Estos ingresos se recibieron como un trabajador voluntario de AmeriCorps, AmeriCorps VISTA or AmeriCorps National Civilian Community Corps (NCCC)?” ⁹
Bonos / comisiones	ASK “POSSIBLE LUMP SUM” TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED
Regalías	ASK “POSSIBLE LUMP SUM” 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 ¹⁰
¿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 ¹¹
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 ¹²
Préstamo, préstamo estudiantil	“Estos ingresos forman parte de un préstamo que debe pagar? EXCLUDE ANY LOAN AMOUNT FROM INCOME SOURCES unless the loan is an amount to which the participant has constant access (e.g., regular contributions from someone not in the household) ¹³

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.

⁸ 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).

⁹ WIC regulations exclude payments to domestic volunteers (VISTA is now part of AmeriCorps). See 246.7(2)(d)(iv)(D)(2)

¹⁰ 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)

¹¹ WIC regulations exclude income from assistance to property owners under the National Flood Insurance Program (246.7(2)(d)(iv)(D)(34).

¹² WIC regulations exclude income to certain veterans from the Agent Orange Compensation Exclusion Act ((246.7(2)(d)(iv)(D)(15))

¹³ WIC regulations exclude loans (246.7(2)(d)(iv)(C)).

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.