



Participant Recruitment Form
Formulario de reclutamiento del un participante

Applicant: Last Name: _____ First Name: _____ D.O.B. _____
Solicitante: (Apellido) (Primer Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Minor: Parent/Guardian's Name: _____ D.O.B.: _____
Menor de edad: (Nombre de un padre o tutor) (Fecha de Nacimiento)

Address: _____ Apt: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
(Dirección) (Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Phone: () _____ Check One: ___ Home ___ Cell Email: _____
(Número de teléfono) (Marque uno) (Casa) (Celular) (Correo de electrónico)

On WIC Before: ___ Yes ___ No Where: _____ Language Spoken: _____
(En WIC antes?) (Si) (No) (Donde?) (Lenguaje hablado)

Signature: _____ Date: _____
(Nombre de la madre/Tutor) (Fecha)

**I authorize St. Barnabas Health System WIC Program to pre-screen myself and/or child
for the purpose of enrolling in this program. All information is confidential.**

**(Autorizo al programa de WIC del Hospital St. Barnabas Health System para ingresar mis datos y/o los de mis hijos con el
propósito de inscribirme en el Programa. Toda información es confidencial.)**

SBH WIC STAFF SECTION:

Staff Name: _____ Site Number: 1 2 3 Appointment Date: _____
(Circle One)

Participant Amount: _____ Recruitment Type: _____

Comments: