

Wyoming WIC Program

**FORMA DEL COMENTARIO PARTICIPANTE – Clínica/Personal de WIC**

El Programa WIC de Wyoming está interesado en conocer su experiencia como participante de WIC. Sus comentarios y preocupaciones nos ayudarán a mejorar el programa WIC tanto para usted como para otros participantes.

Complete el siguiente formulario y devuélvalo a través de uno de los siguientes métodos:

1. Correo electrónico a: [wdhwicservicesdesk@wyo.gov](mailto:wdhwicservicesdesk@wyo.gov)
2. Entréguelo en su oficina WIC local
3. Mandar por fax: 307-777-5643
4. Por correo a: WIC Director, WY WIC Program, 122 West 25<sup>th</sup> Street, 3<sup>rd</sup> Floor West, Cheyenne, WY 82002

Nombre:	Teléfono #:
Dirección:	Ciudad:
¿Le gustaría que respondan a su problema, sugerencia, o comentario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**SUGERENCIAS O PREOCUPACIONES**

**Por favor ponga en una lista cualquier suposición o preocupaciones que tiene en la caja abajo:**

(Puede incluir más información en una hoja de papel adicional si fuera necesario.)

**¡ Gracias por su aportación!**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.