

Case Name \_\_\_\_\_ Case Number \_\_\_\_\_

**PERSONAS Adicionales – Complete para su cónyuge, niños y otras personas para quienes está presentando la solicitud.**



Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?
Número del Seguro Social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Sexo
_ - - - -				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:**

¿Embarazada?  No  Sí Fecha de Parto \_\_\_\_\_

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

Asistencia en Efectivo
  Asistencia Alimentaria
  Asistencia para Cuidado de Niños
  Ninguno

¿Tiene esta **PERSONA** una discapacidad?  No  Sí De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses?  No  Sí

¿Es esta **PERSONA** un ciudadano o nacional de los Estados Unidos?  No  Sí

Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si esta **PERSONA** no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?

No  Sí

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido esta **PERSONA** en los Estados Unidos desde 1996? \_\_\_\_\_

**Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)**

<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés/esa	<input type="checkbox"/> Otras Asiáticas	<input type="checkbox"/> Samoano/a
<input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a	<input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a	<input type="checkbox"/> Coreano/a	<input type="checkbox"/> Hawaiano/a Nativo/a	<input type="checkbox"/> Otro/a Isleño/a del Pacífico
<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Filipino/a	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guaymeño/a o Chamorro/a	<input type="checkbox"/> Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

Mexicano/a
  Mexicano/a Americano/a
  Chicano/a
  Portorriqueño/a
  Cubano/a
  Otra

**Estudiantes**

¿Es esta **PERSONA** estudiante?  No  Sí

De ser así, por favor complete lo siguiente:

Tiempo parcial  Tiempo completo Nivel: \_\_\_\_\_

Dónde está inscrito: \_\_\_\_\_

Agency Use Only

**PERSONAS Adicionales – Complete para su cónyuge, niños y otras personas para quienes está presentando la solicitud.**



Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:**

¿Embarazada?  No  Sí Fecha de Parto \_\_\_\_\_

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

**Asistencia en Efectivo**
 **Asistencia Alimentaria**
 **Asistencia para Cuidado de Niños**
 **Ninguno**

¿Tiene esta **PERSONA** una discapacidad?  No  Sí De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses?  No  Sí

¿Es esta **PERSONA** un ciudadano o nacional de los Estados Unidos?  No  Sí

Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si esta **PERSONA** no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?

No  Sí

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido esta **PERSONA** en los Estados Unidos desde 1996? \_\_\_\_\_

**Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)**

<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés/esa	<input type="checkbox"/> Otras Asiáticas	<input type="checkbox"/> Samoano/a
<input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a	<input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a	<input type="checkbox"/> Coreano/a	<input type="checkbox"/> Hawaiano/a Nativo/a	<input type="checkbox"/> Otro/a Isleño/a del Pacífico
<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Filipino/a	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guaymeño/a o Chamorro/a	<input type="checkbox"/> Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

Mexicano/a
  Mexicano/a Americano/a
  Chicano/a
  Portorriqueño/a
  Cubano/a
  Otra

**Estudiantes**

¿Es esta **PERSONA** estudiante?  No  Sí

De ser así, por favor complete lo siguiente:

Tiempo parcial  Tiempo completo Nivel: \_\_\_\_\_

Dónde está inscrito: \_\_\_\_\_

Agency Use Only