ES-3105.1S

02-16

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Para:       Número de Caso:

Domicilio:       Fecha:

Nosotros necesitamos la siguiente información para determinar su elegibilidad para

asistencia en efectivo  alimentaria  para el cuidado de niño.

**Los artículos marcados abajo deben ser proporcionados a más tardar** **en**

**su**

**Por favor devuelva una copia de esta forma cuando envíe sus verificaciones.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ingresos y Recursos**  Cheques de pago recibido antes de        para los meses de  Una declaración firmada del empleador de:        mostrando los ingresos brutos, cantidad de horas trabajadas, monto de la paga por hora y fechas pagadas para el/los mes(es) de :  Prueba ingresos y gastos de trabajador autónomo para el/los mes(es) de:        Una carta de beneficios u otros comprobantes de:        que muestre el ingreso bruto mensual de cada miembro de su grupo familiar que lo recibe.  Comprobante de manutención de niño y/o pensión alimenticia recibida para el/los mes(es) de:        incluyendo condado y número de orden judicial  Comprobante de ahorros, resumen(es) de cuenta corriente y/o de débito  **Gastos**  Comprobante de gastos de niño o dependiente  Comprobante de manutención de niño pagada para el/los mes(es) de:       incluyendo condado y número de orden judicial.  Facturas médicas para el/los mes(es) de:    **Ciudadanía e identificación**  Comprobante de condición de ciudadanía para:    Verificación de nacimiento y otra identificación para:         Número del Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) y/o comprobante de solicitud de SSN para |  | **Cuidado de Niños**  Cronograma diario de cuidado de niños que se necesita para cada niño. (utilice el formulario de la agencia si estuviera adjunto)  Nombre del proveedor de cuidado de niños del DCF   seleccionado.  Copia de cronograma de trabajo para  Cronograma escolar para cada niño  **Programa de Ayuda Temporal para Familias (TANF por sus siglas en inglés)/de Efectivo y de Empleo**  Cita con  Fecha:       Hora:        Ubicación:        Comprobante de solicitud de desempleo para:    Comprobante de inscripción en la escuela para:    **Otro**      Declaración del médico para:       incluyendo la naturaleza de la discapacidad y período por el que no podrá trabajar. (Utilice el formulario de la agencia si estuviera adjunto).  Formulario de solicitud/revisión completado  Nosotros le llamaremos para una entrevista  El       a las  Fecha Hora  en el número de teléfono. |
| Si usted tiene cualquier pregunta o si necesita asistencia para obtener cualquiera de esta información,  llame:       en el  Oficina Local: | | |

Copia para archivo, copia para el cliente Este formulario reemplaza al formulario ES-3105.1, 07-13.