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.