

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Imprimir Formulario

ES-3105.1S
04-11

Para: _____ Número de Caso:

Domicilio: _____ Fecha:

Nosotros necesitamos la siguiente información para determinar su elegibilidad para

- asistencia en efectivo alimentaria médica para el cuidado de niño.

Los artículos marcados abajo deben ser proporcionados a más tardar _____ en su _____

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 _____

Médica

- Verificación de seguro de vida y/o sepelio, incluyendo nombre, número, fecha de emisión, valor nominal, y valor de rescate en efectivo de la póliza para cada póliza.
- Tarjetas de seguro de salud o copia del frente y dorso de la tarjeta.

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 (TNAF 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 _____ en el número de teléfono. Fecha Hora
- Paquete/Cuestionario PMDT Completo

Si usted tiene cualquier pregunta o si necesita asistencia para obtener cualquiera de esta información, llame: _____ en el _____ Oficina Local: _____