



DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Helping people. It's who we are and what we do.



☐ TANF

☐ MEDICAID

☐ SNAP



Fecha:

Nombre del Caso:

Número del Caso:

AUTORIZACIÓN: Yo autorizo la divulgación de la información solicitada a la División de Servicios Sociales.

Firma del cliente

Fecha

VERIFICACIÓN DE CONTRIBUCIÓN MONETARIA

_____ ha solicitado asistencia. Para poder procesar la solicitud, se deben verificar todos los ingresos y cobertura de seguro. Por favor complete la información solicitada a continuación y devuélvala a la dirección arriba indicada.

1. ¿Contribuyó usted, o piensa contribuir, dinero directamente a la persona arriba nombrada durante los meses indicados a continuación?

☐ SÍ ☐ NO

- A. Por favor especifique cuánto dinero le dio, o piensa darle, a esta persona en los siguientes meses. **(Por favor proporcione recibos. Haremos copias de ellos y se los devolveremos.)**

	Cantidad actual pagada	Cantidad anticipada
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____

- B. ¿Esta persona tiene que reembolsarle a usted el dinero?

☐ SÍ ☐ NO

- C. ¿Piensa seguir dándole dinero a esta persona?

☐ SÍ ☐ NO

2. ¿Le proporciona usted seguro médico y/
o dental a _____?

☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es SÍ, por favor complete la siguiente información y proporcione a esta agencia el formulario de reclamación de seguro firmado.

Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Fecha de emisión _____

Titular de la póliza _____

Número de Seguro Social _____

Firma

Nombre con letra de molde

Título/Parentesco

Fecha

Número de teléfono

Dirección

