

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



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



Robert H. Thompson
Administrator

☐ 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

CUENTA BANCARIA CONJUNTA

REF:

Nombre del banco

Núm. de cuenta

Usted tiene el título legal de la cuenta bancaria conjunta indicada a continuación, y se considera que todos los fondos están a su disposición. Esto quiere decir que todo el dinero de la cuenta se considera un recurso suyo, y los depósitos efectuados en esta cuenta se consideran ingresos suyos.

Si no está de acuerdo con esto, puede proporcionar información para verificar quién es el dueño de los fondos en dicha cuenta.

☐ **ESTOY DE ACUERDO** en que todos los fondos en dicha cuenta son míos.

☐ **NO ESTOY DE ACUERDO** en que todos los fondos en la cuenta son míos y estoy de acuerdo en proporcionar la siguiente información:

1. Formulario 2615, DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO U OTRA PERSONA, (adjunto) completado por cada uno de los titulares de la cuenta explicando por qué se estableció esta cuenta conjunta, quién hizo los depósitos y retiros de la cuenta y la razón. Si uno de los titulares es menor de edad o una persona incompetente, el formulario puede ser completado en su nombre por un tercero familiarizado con las circunstancias.
2. Comprobantes de depósitos y origen de los depósitos.
3. Comprobantes de retiros y cómo se gastaron.
4. Comprobante de que el acceso a la cuenta ha sido cambiado así que los fondos no están legalmente a su disposición.

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AUNQUE ESTÉ DE ACUERDO CON QUE TODOS LOS FONDOS DE LA CUENTA SON SUYOS.

Firma del cliente

Nombre con letra de molde

Fecha

Número de teléfono

