SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA

1. SOLICITO: ☐ Cupones (Estampillas) Para Obtener Comida ☐ Asistencia en Efectivo ☐ Medicaid

Por qué está solicitando:

Nombre - Apellido	Nombre	Segundo nombre	Núm. de Telefono	Fecha en que Nació

Ha usado usted otro nombre: Si su respuesta es sí, Por favor escríbalo:

Telefono para Mensajes

Dirección de su Casa - Núm./Calle/Ruta/Núm.de Apto.	Ciudad	Condado	Estado	ZIP
Dirección Postal - Núm.Calle/PO Box/Ruta/Núm. de Apto	Ciudad		Estado	ZIP
Firma		Núm. de Seguro Social		Fecha

2. FAMILIARES QUE VIVEN CON UD. Llene los espacios en blanco para todos las personas que viven con Ud. aunque no solcite para ellas. INCLUYA SU NOMBRE

Nombre	Núm De Seguro Social	Raza	Sexo que nació	Fecha En Que Nació			Edad	¿Es Ciudadano?		Años En EU?	Parentesco
				Mes	Dia	Año		Sí	No		
											USTED

3. INGRESOS DE SUS FAMILIARES

¿Alguna persona en la lista más arriba está bajo libertad a prueba o libertad condicional? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna persona en la lista más arriba es prófugo a fin de evitar que lo enjuicien o que lo encarcelen o lo detengan después de haber sido condenado? ☐ Sí ☐ No **Si resp. Sí, Quien?**

Nombre	A Prueba Condicional	¿En Fuga?

Si Ud. es una persona que tiene discapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humano de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o 1-800-609-4TDDD, o a través del sistema de relais de Nuevo Méjico TDD en 1-800-659-8331. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (4/23/01)

FOR OFFICE USE ONLY

Application Screening form used? ☐ Y ☐ N	
Application Screened? ☐ Y ☐ N	
Date Screened	
Social Security Number	
STATUS ☐ Application ☐ Recertification	
Date Received	Date Received by Wrong Office
Date Requested	Date Mailed
Former Recipient? ☐ Y ☐ N	Elig. for Expedited Services? ☐ Y ☐ N
Screened By:	
Appointment Date	Time
Cat. / Cat. / Cat.	Wkr Number

OFFICE USE ONLY

Complete SAVE or review for anyone who is not a U.S. citizen.

Residency:
How was this verified?

Address Change: ☐ Y ☐ N

Identity:

Enumeration:

Relationship:

☐ Minor unmarried parent