

Departamento de Servicios Humanos

Lista de verificación

Departamento de Servicios para Familias y Niños del condado

Nombre _____ Administrador de casos/Cantidad de casos: : _____

Dirección _____ Número de caso: _____

_____ Fecha en que se envió por correo / se entregó: _____

Los artículos marcados a continuación deberán ser recibidos antes del _____. **Sin estos documentos quizás no podamos determinar su elegibilidad. Es posible que su solicitud o caso activo sea negado o cerrado, o que algunos miembros no sean elegibles.** Puede enviar su información por fax a: _____. Si no puede obtener la información solicitada o necesita más tiempo, comuníquese con su trabajador por teléfono al: _____ o por correo.

Cupones de alimentos	Medicaid	TANF		Cupones de alimentos	Medicaid	TANF	
			Talones de cheques o una declaración del empleador para: Proporcionar talones para el período de:				Prueba de la fuente de Seguro Social, SSI, prestaciones de veteranos o por desempleo, manutención de menores, compensación al trabajador u otros ingresos de la familia para:
			Prueba de ciudadanía / estatus migratorio para:				Declaración(es) firmada(s) / fechada(s) de la(s) persona(s) que da dinero, manutención de menores u otro tipo de ayuda al hogar .
			Prueba de número de Seguro Social o solicitud de un número para:				Otros: (cualquier verificación necesaria para determinar la elegibilidad)
			Prueba de identidad para:				

Traiga o envíe por correo prueba de los elementos marcados a continuación o no usaremos el gasto como una deducción en cupones de alimentos, y quizás no podamos determinar su elegibilidad para TANF o Medicaid.

Sólo cupones de alimentos	Sólo Medicaid	Sólo TANF
<input type="checkbox"/> Pago de alquiler o hipoteca actual	<input type="checkbox"/> Información sobre el (los) padre(s) ausente(s) de:	<input type="checkbox"/> Información sobre el (los) padre(s) ausente(s) de:
<input type="checkbox"/> Seguro de la propiedad y/o pago de impuestos	<input type="checkbox"/> Comprobante de solicitud de:	<input type="checkbox"/> Comprobante de solicitud de:
<input type="checkbox"/> Gastos actuales de gas, electricidad, teléfono u otros servicios públicos	<input type="checkbox"/> Declaración del médico o proveedor de la salud para verificar el embarazo y la fecha del alumbramiento de:	<input type="checkbox"/> Declaración del médico o proveedor de la salud para verificar el embarazo y la fecha del alumbramiento de:
<input type="checkbox"/> Gastos médicos (médico, viajes, recetas médicas, seguro de salud, prima, hospitalización) de:	<input type="checkbox"/> Gastos médicos (médico, viajes, recetas médicas, seguro de salud, prima, hospitalización) de:	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación de:
<input type="checkbox"/> Obligación legal de la cantidad de la manutención de menores debida y pagada por alguien que no está en su hogar	Declaración de ciudadanía de:	<input type="checkbox"/> Obligación legal de la cantidad de la manutención de menores que debe y ha pagado por a alguien que no vive en su hogar

<input type="checkbox"/> Gastos de cuidado infantil de:	<input type="checkbox"/> Prueba de otro seguro médico o de responsabilidad civil de:	<input type="checkbox"/> Gastos de cuidado infantil de:
<input type="checkbox"/> Otros: (Residencia etc.)	<input type="checkbox"/> Otros:	Otros: (Prueba de cuidado prenatal, estado de cuenta bancaria actual, etc)

Form 173SP (Rev. 06/10)

White Copy-Client

Canary Copy-Case Record