

Departamento de Serviços Humanos
Lista de Verificação

Departamento de Serviços para Famílias e Menores do Condado de _____

Nome: _____
Endereço: _____

Gerente de Casos/Volume de Casos: _____
Número do Caso: _____
Data de envio/decisão: _____

Os itens abaixo devem ser recebidos por _____. **Sem estes comprovantes, não poderemos determinar se você se qualifica ou não. Seu pedido ou caso ativo poderá ser negado ou fechado, ou alguns membros poderão não se qualificar.** Você deverá enviar suas informações por fax, para: _____. Se você não puder enviar as informações solicitadas ou precisar de mais tempo, entre em contato com o responsável pelo seu caso, por telefone, pelo número: _____ ou por correio.

Food Stamps	Medicaid	TANF		Food Stamps	Medicaid	TANF	
			Comprovantes bancários ou uma declaração do seu empregador para: Apresente ____ comprovantes pelo período de:				Comprovante da fonte do número de seguro social, SSI, benefícios a veteranos ou seguro-desemprego, pensão, compensação trabalhista ou outras rendas da família para:
			Comprovante de cidadania / Status de estrangeiro para:				Declaração(ções) assinada(s) / datada(s) da(s) pessoa(s) que estiver(em) dando dinheiro, pensão, ou assistência à família.
			Comprovante de número de Seguro Social / pedido de número para:				Outros documentos: (quaisquer verificações necessárias para determinar se uma pessoa se qualifica ou não)
			Comprovante de identidade para:				

Traga ou envie por correio o comprovante dos itens marcados abaixo ou não usaremos a despesa como uma dedução de Food Stamps, e não poderemos determinar se você se qualifica para TANF ou Medicaid.

Apenas para Food Stamps	Apenas para Medicaid	Apenas para TANF
<input type="checkbox"/> Pagamento atual de aluguel ou financiamento	<input type="checkbox"/> Informações sobre o(s) pai(s) ausente(s) de:	<input type="checkbox"/> Informações sobre o(s) pai(s) ausente(s) de:
<input type="checkbox"/> Seguro de proprietário ou pagamento de impostos	<input type="checkbox"/> Comprovante de pedido de:	<input type="checkbox"/> Comprovante de pedido para:
<input type="checkbox"/> Contas atuais de gás, eletricidade, telefone ou outros serviços de utilidades públicas	<input type="checkbox"/> Declaração de médico ou provedor de saúde verificando a gravidez e data de parto prevista para:	<input type="checkbox"/> Declaração de médico ou provedor de saúde para verificar gravidez e data de parto prevista para:
<input type="checkbox"/> Despesas médicas (médicos, viagens, receitas, seguro de saúde, prêmio, hospitalizações) para:	<input type="checkbox"/> Despesas médicas (médicos, viagens, receitas, seguro de saúde, prêmio, hospitalizações) para:	<input type="checkbox"/> Carteira de vacinação para:
<input type="checkbox"/> Obrigações legais para a quantia de pensão alimentícia devida e paga para alguém que não more em sua casa	<input type="checkbox"/> Declaração de cidadania para:	<input type="checkbox"/> Obrigações legais para a quantia de pensão alimentícia devida e paga para alguém que não more em sua casa
<input type="checkbox"/> Despesas de cuidados relacionados à creches e pré-escolas para:	<input type="checkbox"/> Comprovante de outros seguros de saúde ou responsabilidade de terceiros para:	<input type="checkbox"/> Despesas de cuidados relacionados à creches e pré-escolas para:
<input type="checkbox"/> Outros: (residência, etc.)	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros: (Comprovantes de cuidados pré-natais, extratos bancários atuais, etc.)