

Dirección Física del DSS:

Identificador del Caso: _____
 Trabajador del Caso: _____
 Fecha (se generó): _____

Dirección Postal del DSS:

Fecha Límite: _____
 Nombre del beneficiario: _____
 Dirección: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
 División de Servicios Sociales

Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS). Aviso de Expiración y Forma de Re-Certificación

Por favor díganos si necesita asistencia porque no habla inglés o tiene una discapacidad. Hay ayuda del lenguaje y otros tipos de ayudas están disponibles cuando usted lo solicita. Para recibir ayuda de intérprete gratuita, llame al 1-866-719-0141 o llame a su oficina local del DSS _____ . Después de escuchar el mensaje grabado, podrá hablar con un operador quien le conectará con un intérprete. Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para comunicarse, llame al 1-866-719-0141 o a los Servicios Relay 711.

Sus beneficios de FNS terminarán el _____. Usted podría continuar recibiendo beneficios de FNS después de esa fecha si llena este formulario y lo devuelve a más tardar el _____.

¿Qué necesito hacer con este formulario?

Usted o su representante deben de completar esta forma, **firmarla y fecharla en la última pagina**. Por favor, conteste todas las preguntas. Usted tiene derecho a recibir una solicitud cuando la pida. Sí no puede completar esta forma, necesita firmarla, escribir su nombre y dirección con letra que se pueda leer. Tráigala, envíela por correo (a la dirección que aparece arriba) o envíela por fax al _____, o complete la solicitud en el Internet en: <https://epass.nc.gov/CitizenPortal/application.do>. Cualquier grupo familiar que recibe únicamente Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI), puede hacer su recertificación en la Oficina del Seguro Social. Si usted es residente en alguna institución y está solicitando beneficios de SSI (Ingreso Suplementario) y FNS (Estampillas de Comida), antes de dejar la institución, la fecha de su solicitud será la fecha cuando deje la institución. Si la forma está firmada pero incompleta, su trabajador de FNS le contactará para obtener la información necesaria.

Usted es responsable de proporcionar la información de verificación que se requiere. La información en esta forma o la información obtenida de otras fuentes pueden ocasionar que sus beneficios sean descontinuados o cambien.

- Por favor asegúrese de que la dirección de la Agencia Local se vea a través de la ventanilla del sobre de respuesta que se adjunta.
- **No devuelva este formulario antes del primer día de _____.**
- **Adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días.**

Información acerca de Números de Seguro Social, Ciudadanía y Estatus Migratorio

Deberá proporcionar información de SSI (Numero de Seguro Social), y estatus de ciudadanía e inmigración de cada persona por la que se haga la solicitud. Si no desea contestar las preguntas de Numero de Seguro Social, ciudadanía e inmigración, puede seleccionar no hacer la solicitud. El proporcionar información de los *Números de Seguro Social* es requerido por el *Acta de Alimentos y Nutrición* para las personas que solicitan beneficios. Únicamente usaremos sus *Números de Seguro Social* para verificar la información que nos dé con agencias estatales y federales. Usted debe de ser un ciudadano de los Estados Unidos o un visitante calificado y también cumplir con los otros requisitos del *Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición* para obtener estos beneficios. Únicamente contactaremos la Oficina de USCIS para verificar el estatus de inmigración de las personas por las que nos proporcionaron sus documentos de inmigración. Si un solicitante no proporciona esta información no será elegible para beneficios. Al firmar esta forma declaro, bajo pena de perjurio, que he dado información correcta del estatus de ciudadanía o inmigración de las personas para las cuales se está solicitando beneficios. Los miembros del grupo familiar deben de proporcionar su información financiera porque es necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que están solicitando. Los miembros elegibles en un grupo familiar podrán recibir sus beneficios aunque otros miembros de la familia no estén solicitando beneficios. La cantidad de los beneficios dependerá del número de personas que los estén solicitando.

A. Haga una lista de todas las personas que viven con usted en el espacio de abajo. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre (1ro., Inicial de 2do nombre y Apellido)	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad/ Sexo	Solicitando (Si-No)	*Opcional Número de Seguro Social	*Opcional Ciudadano U.S. (Si-No)	*Opcional Hispano (Si-No)	**Opcional Raza (vea Abajo)	¿Compran y cocinan en conjunto? (Si/No)	***Vive en Refugio o en la calle (Homeless) (Si-No)
	Yo									

*Número de Seguro Social y Estatus Migratorio NO son necesarios para los NO solicitantes.

*La Elegibilidad o el nivel de beneficios no es afectado si el área de etnicidad o raza no es contestada. Cuando no se proporciona esta información a la agencia, la información se obtendrá por observación durante la entrevista. El dar esta información asegurara que los beneficios del programa se dan sin importar raza, color o nación de origen (Esta información es usada con fines estadísticos).

**Raza: Escriba los números que se aplican y escríbalos arriba: 1. Indio Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afro-Americano 4. Hawaiano/ Isleño del Pacífico 5. Blanco

**** Estas preguntas ayudan a identificar a los adultos capaces de trabajar que no tienen dependientes (ABAWD). Por favor conteste estas preguntas de alguna actividad durante los últimos 6 meses

B. Díganos de sus finanzas

- ***1. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No Si respondió sí, llene la información abajo.
 ***2. ¿Hay alguien en su unidad familiar preparándose para comenzar un empleo? Sí No Si respondió sí, ingrese la fecha esperada de inicio _____ A

Adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días.

Adjunte los talones de cheques de pago que recibió el mes que se indica en la Página 1. Si le pagan mensualmente, adjunte los talones de cheques o comprobantes de ingresos del mes que se indica en la Página 1. Si usted trabaja por su cuenta adjunte la declaración de impuestos del último año con todos los agregados. Si no tiene disponible su declaración de impuestos del último año, presente los récords de sus negocios, recibos y comprobantes de gastos de los 12 meses anteriores. Si este es un nuevo empleo (negocio) incluya los comprobantes de todos los pagos recibidos hasta la fecha.

Si no tiene todos sus talones de cheques, puede pedirle a su empleador que complete y firme la sección de abajo. (Si es necesario incluya más hojas)

Nombre del trabajador:			Cada cuando le pagan (semanal/mensual, etc.)		
Nombre del Empleador:			Tel. del Empleador:		
Fecha de pago (mes y día)	Número de Horas	Pago por hora	Bonus o Vacaciones	Pago Bruto	Propinas
FIRMA DEL EMPLEADOR			TITULO DEL EMPLEADOR		FECHA

- ***3. ¿Alguien en su unidad familiar ha dejado de trabajar en los últimos 6 meses? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿Quién dejó de trabajar? _____ Razón: _____ Ultimo día de trabajo _____
 Total de horas que trabajo en los últimos 30 días _____.

- ***4. ¿Alguien en su grupo familiar tiene ingresos que no provengan de trabajo? Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro abajo e incluya los comprobantes correspondientes al mes listado en la página 1. Ejemplo: Dinero en efectivo, contribuciones, Work First (Programa Trabajar Primero), Child Support (Manutención Infantil), Beneficios de Desempleo, Social Security, SSI (Ingresos del Seguro Social), Worker's Compensation (Compensación a Trabajadores), Beneficios de Veteranos, etc. (Incluya otra hoja si es necesario).

Nombre	Tipo de Ingreso	Persona u organización que da el dinero	Número de teléfono y dirección de la persona u organización que le da el dinero	Cantidad bruta (Antes de Impuestos)	¿Cada cuándo?

- ***5. ¿Alguien trabaja como voluntario o participa en un programa de capacitación para trabajar? Sí No Si la respuesta es SI, complete el recuadro de abajo

Nombre	Sitio de capacitación o trabajo	Dirección y Teléfono del lugar	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Horas por Semana

- ***6. ¿Alguien en su grupo familiar tiene recursos (o tiene recursos conjuntamente con alguna otra persona que no es parte del grupo familiar) Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro de abajo. Nosotros determinaremos si se necesitan comprobantes de estos recursos y si la verificación le es accesible a usted. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre (Persona con recursos)	Tipo de Recurso	¿Valor?	¿Dónde guarda este activo y cuál es el número de cuenta?
	Dinero en efectivo		
	Cuenta de cheques		
	Cuenta de ahorros		
	Lotería/Juegos de azar		
	Otro (intereses)		

C. Sus gastos (En caso afirmativo, adjunte comprobantes)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paga hipoteca o renta en el lugar donde vive? Si la respuesta es sí, ¿Cuánto paga?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe asistencia para pagar su renta? Si la respuesta es sí, usted recibe <input type="checkbox"/> HUD <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Vivienda Publica
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Otros pagos que hace del lugar donde vive? Si la respuesta es sí. Marque lo que aplique y escriba la

	cantidad mensual. <input type="checkbox"/> Renta del lote _____ <input type="checkbox"/> Impuestos de Propiedad (Si paga separadamente) _____ <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Cuotas de Propietario (Si paga separadamente) _____ <input type="checkbox"/> Seguro de Propietario (Si paga separadamente) _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted paga por servicios públicos en su casa? Si la respuesta es sí, marque lo que aplique. <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> Teléfono/Celular <input type="checkbox"/> Agua/Drenaje <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Exceso de Utilities (Vivienda Publica)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna persona le ayuda a pagar por sus gastos? Si la respuesta es sí, ¿Quién le ayuda? _____ ¿Y con cuanto le ayuda? \$ _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido beneficios del Programa LIEAP (Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) en los últimos 12 meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Grupo Familiar tiene que pagar por servicios de guardería infantil o servicios de cuidado para algún adulto con discapacidad? Si la respuesta es si, ¿Quién recibe los servicios de cuidado? _____ ¿Quién paga por los servicios? _____ Cantidad que se paga por mes \$ _____ Nombre y Teléfono de la persona que proporciona el cuidado _____ Otros gastos relacionados: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su familia tiene 60 años o más, o recibe beneficios por discapacidad, o tiene gastos médicos de más de \$35 mensuales? Esto incluye costos por Medicare, Seguro Médico, transportación o cuidado médico. Si la respuesta es sí, ¿desea reclamar estos gastos como deducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, Debe incluir los recibos o documentos relacionados.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Grupo Familiar debe pagar Child Support (Manutención Infantil) por orden de la corte (Incluyendo Seguro Medico). Si la respuesta es sí, ¿Quién paga el Child Support? _____ ¿A quién se le paga? _____ Nombre del menor _____ Cantidad _____ ¿Cada cuándo? _____

D. Las personas en su casa

7. Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con las personas que viven en su Grupo Familiar:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar tiene 16 años o más y está asistiendo a la escuela (al menos medio tiempo), o ha asistido a la escuela en los últimos 6 meses? Si la respuesta es sí, ¿Cuál es el nombre de la persona y El nombre de la escuela ha la que ha asistido?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar ha sido condenado por un delito grave relacionado a drogas o sustancias controladas después del 22 de agosto de 1996? Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha, el tipo de violación y la corte donde se le encontró culpable: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar está quebrantando las condiciones de libertad condicional o de libertad bajo palabra, o se encuentra huyendo de la ley para evitar un proceso judicial por algún delito? Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha y el tipo de violación: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted o algún miembro de su Grupo Familiar ha sido convicto (como adulto) de abuso sexual agravado, asesinato, explotación y otro abuso de menores, una ofensa Federal o Estatal que involucre asalto sexual, o una ofensa estatal determinada por el Fiscal General (Attorney General) como substancialmente similar, después de Febrero 7, 2014? Si responde SI, de el nombre de la persona, tipo y lugar de convicción: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar ha sido encontrado culpable de intercambiar beneficios por drogas después de Agosto 22, 1996? Díganos quien, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de comprar o vender beneficios por \$500 o más después de Agosto 22, 1996? Díganos el nombre y la fecha _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de recibir beneficios por duplicado en algún estado después de Agosto. 22, 1996? Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de intercambiar beneficios por armas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996? Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien es su grupo familiar no puede trabajar por causa de razones físicas o mentales? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien es su grupo familiar opera una Escuela en Casa por al menos 30 horas a la semana? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien cuida de alguna persona discapacitada (la persona discapacitada puede o no vivir en casa con la familia)? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien participa en el programa de empleo para refugiados? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien no puede trabajar por problemas de adicción a drogas o alcohol? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien está en un programa de tratamiento de drogas o alcohol? Si respondió SI, ¿Quién y durante que meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna persona en su grupo familiar esta embarazada? Si respondió SI, ¿Quién?

Representante Autorizado

Necesita que alguna persona le ayude a obtener y/o a usar sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

Si respondió sí, por favor indique el nombre de dicha persona: _____

Si marcó "Sí" arriba, le daremos o enviaremos por correo un formulario. Usted y la persona que usted desea que le ayude pueden completar el formulario y devolverlo a nuestra oficina. Esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si ya tiene un representante autorizado, ¿desea que esa persona siga representándole?

Sí No Nombre de su Representante Autorizado: _____

Como Obtener una Audiencia Justa

Tiene derecho a pedir una audiencia en persona, por teléfono o por escrito, si piensa que hay errores en su caso. Tiene 90 días calendario para solicitar la audiencia. Si no pide la audiencia a más tardar en esa fecha, perderá su derecho a la misma. Un miembro del grupo familiar o alguna otra persona tal como un abogado, un amigo, o un familiar le puede representar en la audiencia justa. Consejo Legal Gratuito pudiera estar disponible. Contacte a la Oficina de Servicios Legales de NC, llamando al 1-866-219-5262. Dirección: 224 South Dawson St. Raleigh, NC 27601. Por Correo: PO Box 26087 Raleigh NC 27611.

Registrándose para Votar

Si usted no se ha registrado para votar en el lugar donde vive ahora, desearía registrarse ahora (debe ser ciudadano).

Sí No

SI USTED NO MARCO NINGUNA CASILLA SE CONSIDERA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

Registrándose para votar en Carolina del Norte. Si desea registrarse para votar o actualizar su registro, puede completar la forma de registro en www.ncsbe.gov/nvra/01. Pídale a su trabajador del caso o a su Departamento de Servicios Sociales la forma de registro. **El registrarse o el declinar el derecho de registrarse, no afectará la cantidad de la asistencia proporcionada por esta agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma de registro, podemos ayudarle. La decisión de buscar a aceptar esta ayuda es de usted. Usted también puede llenar la forma en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar no, su derecho a privacidad esta en decidir si se registra para votar, o su derecho se seleccionar su partido u otras preferencias políticas. Usted puede presentar una queja con la Barra Electoral del Estado de Carolina del Norte, PO Box 27255, Raleigh NC 27611-7255, o puede llamar al 1-866-522-4723 (número gratuito).

USTED NO SERA DISCRIMINADO

De acuerdo a las leyes civiles federales, a las regulaciones y reglamentos de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), las agencias, oficinas, empleados y otras instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o represalias por actividades anteriores de derechos civiles

Las personas con discapacidades que requieren de formas alternativas de comunicación (ej. Braille, letras grandes, audio cintas, lenguaje de señales, etc.) para tener información sobre el programa, deben de contactar a la agencia estatal o local correspondiente. Las personas sordas, con problemas de audición, o con problemas del habla, pueden contactar a la USDA a través del Servicio Federal Relay, llamando al (800) 877-8339. También se puede proporcionar información en otros lenguajes además del inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, complete la Forma AD-3027 del USDA (Departamento de Agricultura) que puede encontrar en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, o en cualquier oficina del U.S. Departamento de Agricultura, o llamado al (866) 632-9992 para solicitar la forma. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Asistente Secretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles.

También puede escribir una carta con toda la información necesaria y envíela a:

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ

1. **mail:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ

Esta es una Institución de Igual Oportunidad

OBTENIENDO AYUDA CON SU CUENTA DE TELEFONO

Si recibe SSI (Ingreso Suplementario), Servicios de Alimentos y Nutrición, Medicaid, Vivienda Publica (Sección 8) o Beneficios de Pensión de Veterano y Sobreviviente, usted pudiera ser elegible para descuentos en su servicio telefónico. El programa Lifeline, proporciona a los beneficiarios un descuento en el servicio mensual en compañías participantes. Los beneficiarios también pueden comprar servicio de Broadband (Internet) de parte de compañías participantes. Los descuentos de aplicaran a cuentas solas de Broadband, o a paquetes de voz-broadband, ya sean fijos o también en cuentas solas de servicios de voz. El programa Link-up (Conectese) permite a beneficiarios que son Nativos Americanos que residen en tierras reconocidas como tribales, obtener un descuento en la conexión de servicio telefónico. Los Grupos Familiares que tengan interés en estos servicios deben contactar a su compañía de teléfonos para hacer su solicitud.

Su Firma y Declaración de Entendimiento

Entiendo que mi firma autoriza a los oficiales federales, estatales y locales a contactar otras personas u organizaciones para verificar la información que he proporcionado. No mienta u oculte información para obtener beneficios a los cuales su grupo familiar no tiene derecho. He dado información correcta de ciudadanía y estatus migratorio de las personas solicitantes. Si un oficial de la ley solicita la dirección, números de seguro social, o fotografías para asistirle en la localización de fugitivos, o violadores de libertad condicional (probation, parolees), la agencia debe de proporcionar esta información. Reportare ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,250 o más. Entiendo que los miembros del grupo familiar perderán elegibilidad de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Cualquier miembro que intencionalmente viola regulaciones, podría no recibir beneficios por hasta un año en su primera violación, dos años en la segunda violación y permanentemente en la tercera violación. Si la corte le encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de sustancias controladas, usted pudiera no ser elegible para recibir beneficios por dos años por la primera violación, y permanentemente por la segunda violación. Usted podría ser multado por hasta \$250.000 y/o cárcel por hasta 20 años. La corte también le podría encontrar inelegible para recibir beneficios por hasta por 18 meses. Si la corte le encuentra culpable de haber traficado con los beneficios por \$500 o más, o por intercambiar beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos usted será inelegible permanentemente para recibir estos beneficios. Si usa los beneficios para comprar productos que no sean alimentos, intercambiar, o vender sus beneficios, pagar cuentas de crédito o usar la tarjeta de EBT de otra persona, o permitir que alguien use su tarjeta, hará que usted pierda sus beneficios.

Reconozco que he recibido una explicación acerca de mi derecho a una deducción de ingresos con relación a los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por cualquiera de las siguientes razones: Gastos de cuidado infantil o de adultos, gastos médicos, gastos de vivienda, gastos de servicios públicos, y gastos operativos por trabajo por cuenta propia. Comprendo que si no informo o no presento pruebas que verifiquen cualquiera de los gastos mencionados arriba, yo estaría renunciando a mi derecho a recibir una deducción por estos gastos.

DEBE FIRMAR Y COMPLETAR LA INFORMACION ANTES DE REGRESAR LA FORMA

Su firma o firma del Representante Autorizado _____ Fecha _____

Firma de un testigo (Si firma con una X) _____ Fecha _____

Primer nombre _____ Inicial de segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección (casa/ apartamento, calle)

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal (Si es diferente de la dirección física)

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (casa) _____ Celular _____ Numero para mensajes _____

Compañía de Teléfono _____ Lenguaje que habla _____

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame a la línea telefónica gratuita del DHHS al 1-800-662-7030. Para recibir información sobre el Programa Matrimonios Sanos comuníquese con su agencia local.

*****AGENCY USE ONLY*****

Firma del Trabajador el Caso _____ Date of Interview _____ Telephone Office Visit