

Dirección Física del DSS:

Identificador del caso: _____

Trabajador del caso: _____

Fecha (en que se generó): _____

Fecha Límite: _____

Nombre del beneficiario: _____

Dirección: _____

Dirección Postal del DSS:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

División de Servicios Sociales (DSS)

Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) Aviso de Expiración y Formulario de Entrevista de Recertificación

Por favor díganos si necesita asistencia porque no habla inglés o porque tiene alguna discapacidad. Hay asistencia de lenguaje gratuita y/o otras ayudas y servicios pueden estar disponibles cuando los solicite. Para recibir servicios de interpretación gratuitos, llame al 1-866-719-0141 o llame a su oficina local del Servicios Sociales marcando el _____. Después de un mensaje grabado usted podrá contactar al operador que le proporcionará un intérprete. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia con comunicación marque 1-866-719-0141 o 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 _____.

ATENCIÓN: Puede completar su recertificación en línea en <https://epass.nc.gov/> si tiene un NCID y una cuenta vinculada. Póngase en contacto con su trabajador social para obtener ayuda con la creación de un NCID y la vinculación de su cuenta.

¿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. Si no puede completar esta forma, necesita firmarla, escribir su nombre y dirección con letra que se pueda leer. Traiga, envíe por correo (a la dirección que aparece arriba) o envíe por fax al _____ la forma completada. 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 discontinuados o cambien. USTED DEBE SER ENTREVISTADO. NO SE LE OTORGARÁN BENEFICIOS SIN QUE TENGA ANTES UNA ENTREVISTA. Su trabajador del caso hará una cita para su entrevista. Si usted no asiste a la cita, podrían ser retrasados o negados sus beneficios. Usted es responsable de hacer una nueva cita en caso de que no haya asistido a su entrevista.

- 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).

**¿Está sin hogar y esto significa que no tiene un arreglo fijo y regular para dormir durante la noche? Sí No

| 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) |
|--|----------|---------------------|---------------|------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|--|
| | 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. 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 arriba:

1. Indio Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afro-Americano 4. Nativo Hawaiano/O de las Islas de Pacífico
5. Blanco

** Estas preguntas ayudan a identificar a los adultos capaces de trabajar que no tienen dependientes (ABAWD)

B. Díganos de sus finanzas.

**1. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No Si respondió sí, llene lo solicitado a continuación.

**2. ¿Hay alguien en su unidad familiar preparándose para comenzar un empleo? Sí No Si respondió sí, ingrese la fecha esperada de inicio _____

Adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días. 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 dejo 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 (Adjunte otra hoja si es necesario). 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.

Si usted recibe dinero en efectivo, donaciones, o sustento de menores, adjunte comprobantes de verificación para el mes que se indica en la Página 1 y el mes anterior a dicho mes. (Adjunte 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 cuánto? |
|--------|-------------------|---|---|---------------------------------------|---------------|
| | | | | | |

**5. ¿Alguien trabaja como voluntario o participa en un programa de capacitación para trabajar? Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro de abajo: ¿Participas en More Than A Job NC? Sí No Si no, ¿le gustaría que lo remitieran a More Than A Job NC para que le ayuden con la búsqueda de empleo o la formación académica? Sí No

| 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 o juegos de azar | | |
| | Otro | | |

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

Sí No ¿Paga hipoteca o renta en el lugar donde vive? Si la respuesta es sí, ¿Cuánto paga? \$ _____

Sí No ¿Recibe asistencia para pagar su renta? Si la respuesta es sí, usted recibe: HUD Section 8 Vivienda Pública

Sí No ¿Otros pagos que hace del lugar donde vive? Si la respuesta es sí, marque lo que aplique y escriba la cantidad mensual.

Renta del lote \$ _____ Impuestos de Propiedad (Si paga separadamente) \$ _____
 Otros (especifique) \$ _____ Cuotas de Propietario (Si paga separadamente) \$ _____
 Seguro de Propietario (Si paga separadamente) \$ _____

Sí No ¿Usted paga por servicios públicos en su casa? Si la respuesta es sí, marque lo que aplique.

Calefacción Kerosene Aceite combustible Electricidad Carbón Leña Gas natural LP
 Teléfono/Celular Agua/Drenaje Basura Exceso de Utilities (Vivienda Pública)
 ¿Con que calienta su casa? _____ ¿Con que enfría su casa? _____

Sí No ¿Alguna persona le ayuda a pagar por sus gastos? Si la respuesta es sí, ¿Quién le ayuda? _____
 ¿Y con cuanto le ayuda? \$ _____

Sí No ¿Hay algún miembro de su hogar que sea anciano o discapacitado y que haya recibido un cheque del Programa de Asistencia Energética para Bajos Ingresos (LIEAP) en otro estado o en su residencia actual por un valor superior a \$20? durante el mes de la solicitud o en los últimos 12 meses? Si respondió Sí, Quien recibió la ayuda _____

- Sí 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 sí, ¿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: _____
- Sí 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? Sí No Si la respuesta es sí, Debe incluir los recibos o documentos relacionados.
- Sí 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 cuando _____

D. Las personas en su casa

- Sí 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?

- Sí 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: _____
- Sí 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: _____
- Sí 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: _____
- Sí 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 _____
- Sí 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 _____
- Sí 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 _____
- Sí 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 _____
- Sí No ¿Alguien es su grupo familiar no puede trabajar por causa por razones físicas o mentales? Si respondió sí, ¿Durante que meses?

- Sí No ¿Alguien es su grupo familiar opera una Escuela en Casa por al menos 30 horas a la semana? Si respondió sí, ¿Durante que meses?

- Sí No ¿Alguien cuida de alguna persona discapacitada (la persona discapacitada puede o no vivir en casa con la familia)? Si respondió sí, ¿Durante que meses? _____
- Sí No ¿Alguien participa en el programa de empleo para refugiados? Si respondió sí, ¿Durante que meses?

- Sí No ¿Alguien no puede trabajar por problemas de adicción a drogas o alcohol? Si respondió sí, ¿Durante que meses?

- Sí No ¿Alguien está en un programa de tratamiento de drogas o alcohol? Si respondió sí, ¿Durante que meses?

- Sí No ¿Hay alguna persona embarazada en su grupo familiar? Si contesto sí, ¿Quién? _____
- Sí No ¿ Hay alguien en el hogar que sea indio, indio urbano o indio de California? En caso afirmativo, ¿quién es la persona?

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 esta disponible. Usted podría obtener asesoramiento legal gratuito poniéndose en contacto con la línea de ayuda principal al nLegalAideOfNCPhoneNbr o visitando el sitio web en legalaidnc.org.

Registro de Votantes (Se requiere que sea c iudadano)

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría aplicar para registrarse para votar hoy? Sí No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR AHORA.

El registrarse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que le prestará esta agencia. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le podemos ayudar. La decisión de buscar o aceptar nuestra ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o abstenerse de registrarse para votar, su derecho de privacidad para decidir si desea registrarse o para elegir su propio partido político u otras preferencias políticas, puede presentar una queja con la Junta Electoral Bipartidista de Carolina del Norte (State Board of Elections and Ethics Enforcement). Si necesita ayuda con el registro de votante, puede llamar a la Junta Electoral Bipartidista de Carolina del Norte llamando a 1-866-522-4723.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ

1. correo:

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. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igual oportunidad.

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ

Obtenga ayuda para pagar su factura de teléfono

Si recibe beneficios o asistencia de SSI, Alimentos y Servicios de Nutrición, Medicaid, Sección 8 para Vivienda, o Beneficios de Pensión para Veteranos o sus Sobrevivientes, usted pudiera ser elegible para un descuento en su servicio telefónico local. El programa Lifeline permite que los beneficiarios reciban un monto de crédito en su factura de teléfono mensual. El Programa Link-Up permite a los beneficiarios que son Nativos Americanos, que viven en tribus reconocidas por el gobierno federal, para que reciban descuentos a ser aplicados en el costo del servicio telefónico local. Si está interesado en estos servicios, contacte su compañía de teléfonos y presente una solicitud.

Su Firma y Declaración de Entendimiento

No mienta u oculte información para obtener beneficios a los cuales su hogar 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.

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 ir a la 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 de 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, perderá sus beneficios.

Si usted proporciona información falsa acerca de su identidad o residencia con el objetivo de obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición en más de un lugar, usted no recibirá beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por un periodo de 10 años. Si tiene un reclamo en su contra del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición, nosotros daremos la información de sus respuestas y Números de Seguro Social a las agencias estatales y federales; y también a agencias privadas de colección para poder hacer el reembolso. Todos los procedimientos para determinar la elegibilidad están estrictamente basados en los reglamentos del programa. Las fechas límites o requerimientos de otros programas no afectan sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. No se negará asistencia a su grupo familiar por habersele negado beneficios en otros programas.

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.

Reportaré ganancias de lotería o juegos de azar de \$4500 o más. Entiendo que los miembros del hogar perderán elegibilidad de Servicios de Alimentos y Nutrición.

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 PARTE DE DEBAJO DE ESTA PAGINA ANTES DE REGRESARLA

Su firma (o de su representante autorizado) _____ Fecha de la firma: _____

Firma del testigo (si firmo con X) _____ Fecha de la firma: _____

Primer Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección física (Casa/Apartamento, #, calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente de su dirección física) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Numero para Mensaje _____

Dirección electrónica o Email (opcional) _____

Compañía de Tel. _____ Idioma _____

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame al centro de atención de EBT de Carolina del Norte al 1-866-719-0141. 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