



**SOLICITUD**  
**PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY**

**SOLO PARA USO OFICIAL DEL CONDADO:**

ID de contacto eICM: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)	Teléfono residencial	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de depto.	Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)			
¿Qué idioma habla?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro		
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____		

**SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR**

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque **Sí** para cada persona por la que está solicitando. Marque **NO** para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO  <b>M</b> = Masculino <b>F</b> = Femenino <b>NB</b> =No binario <b>GQ</b> =Género queer/Género fluido <b>MTF</b> = Mujer trans/mujer con experiencia transgénero <b>FTM</b> = Hombre trans/hombre con experiencia transgénero	ESTADO CIVIL  <b>M</b> = Casado <b>S</b> = Soltero <b>D</b> = Divorciado <b>P</b> = Separado <b>W</b> = Viudo	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas)  A = Asiático B = Negro/Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código) MENA= Oriente Medio o África del Norte	*ETNIA  <b>H/L</b> = Hispano/Latino  <b>N/L</b> = No Hispano/No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> MONTGOMERY CARES								
<input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS								
<input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL								
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		MISMO					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

\*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

## SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador

## SECCIÓN C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo?  Sí  No Si es así, enliste todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de huéspedes o inquilinos)

NOBMRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE WE = semanal BW = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICIÓN DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

## SECCIÓN D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (retiro, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIÓ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

## SECCIÓN DE FIRMAS

Certifico que la información que he proporcionado anteriormente es veraz a mi leal saber y entender y autorizo al Condado de Montgomery a realizar los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. He leído y acepto los derechos y responsabilidades de esta solicitud. Reconozco que puedo ser sancionado si, a sabiendas, proporciono información falsa, y declaro bajo pena de perjurio que no tengo cobertura de seguro médico y que la información que explico en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha