



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	Código Postal
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)					
¿Qué idioma habla? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____					
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____					
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado? ☐ Sí ☐ No			¿Bajo qué nombre? _____		

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 M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = 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)	*ETNIA H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
☐ MONTGOMERY CARES ☐ CARE FOR KIDS ☐ MATERNITY PARTNERSHIP ☐ SENIOR DENTAL								
☐ Sí ☐ No		MISMO					☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ 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 seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ 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)

NOMBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERIODO 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 RECIBÍ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

SECCIÓN DE FIRMAS

Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Leí y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.

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