



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 al domicilio particular)			
¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <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 _____			
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

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 isleño del Pacífico (Puede seleccionar más de un código)	*ETNIA H/L = Hispano/Latino N/L = No Hispano/Non-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"/> MATERNITY PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL		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	
<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	

***No tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si califica. Si no dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de caso pondrá los códigos solo para uso estadístico. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedirle esta información.**

SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <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 servicios de pensión,

NOBMBRE (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, 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	¿CUANTAS 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