



**USO DEL PLAN DE LA AYUDA DE LA FAMILIA**

Nombre del cabeza de familia		Lugar del empleo		
Dirección de calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Plan del Seguro Médico		Número de la Seguridad Social		

**Enumere por favor la menor de edad 18 del esposo y de los dependientes**

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Uno Mismo			Dependiente		
Esposo (a)			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		

**Ingresos Domésticos Anuales**

Fuente	Un Mismo	Esposo (a)	Otro	Total
Jornales gruesos, sueldos, extremidades, etc.				
Seguridad Social, pensión, anualidad, y ventajas del veterano				
Alimentos, manutención del menor, asignaciones militares de la familia				
Renta de la actividad por cuenta propia del negocio, y dependientes				
El alquiler, el interés, el dividendo, y la otra renta				
<b>Renta Total</b>				

Lista de comprobación de la verificación (copias de la fijación)	Si	No
Identificación/dirección: Licencia de conductor, partida de nacimiento, identificación del empleo, tarjeta de Seguridad Social o otra		
Renta: Declaración de impuestos anterior del año y tres (3) trozos más recientes de la paga		
Seguro: Tarjetas del seguro		
Medicaid: Uso hecho o evidencia del rechazamiento		

**Certifico que la información demostrada arriba está correcta y entiendo que la verificación está requerida para la aprobación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (impresión)

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

Usos de la Oficina Solamente	
La clase de la paga aprobó: _____	Fecha eficaz: _____
Aprobado cerca: _____	Fecha eficaz: _____

Toda la información sobre este uso se mantiene confidencial. Firmando este uso, usted está indicando que toda la información es verdad y exacta al mejor de su conocimiento. La falsificación de la información puede llevar a una revocación de este uso y cargos posibles archivados contra usted en el estado de New México