

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) / Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
PETICIÓN DE INFORMACIÓN AL SOLICITANTE

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____
 Esto es para proveerle, por escrito, la información que debemos recibir para determinar su elegibilidad para TANF/SNAP.

Por favor proporcione la información seleccionada a continuación a más tardar el _____.
Si necesita asistencia, comuníquese con la Agencia al 1-800-616-1309 o visite cualquier oficina local del DSS.

Identificación	<input type="checkbox"/> Comprobante de su identidad. <input type="checkbox"/> Comprobante de su residencia. <input type="checkbox"/> Comprobante de su estado migratorio (tarjeta verde) si usted no es ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Actas de nacimiento y certificado de inmunización para todos los niños. (Solo TANF) <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. (Solo TANF) <input type="checkbox"/> Decreto de divorcio o acuerdo de separación legal. (Solo TANF) <input type="checkbox"/> Números de Seguro Social para TODOS los miembros del hogar para los que solicita beneficios.
Información de Recursos (Solo TANF)	<input type="checkbox"/> Su estado de cuenta bancaria más reciente, estado de cooperativa de crédito, estado de CD (certificado de depósito) o libreta de cuenta de ahorros para comprobar cuánto dinero usted tiene en sus cuentas de cheque o ahorros. <input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier acción o bono. <input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier propiedad que usted posea. <input type="checkbox"/> Matrícula de todos los vehículos (carros, motocicletas, barcos, vehículos de recreo) registrados a nombre de algún miembro de su hogar y el valor de pago de cualquier préstamo existente de dichos vehículos. <input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier acuerdo pre pagado de sepelio para cualquier miembro del grupo de beneficios.
Ingresos del Hogar	<input type="checkbox"/> Comprobante de la cantidad de beneficios de Seguro Social (SSA o SSI) y pago de Medicare para _____. <input type="checkbox"/> Comprobante de los beneficios de veterano (VA) de _____. <input type="checkbox"/> Comprobante de la cantidad de compensación de desempleo (UCB) para _____. <input type="checkbox"/> Talones de cheque o comprobante de ingresos de 4 semanas consecutivas entre _____ y _____ de cualquier miembro de su hogar que trabaje. <input type="checkbox"/> Si algún miembro de su hogar trabaja por cuenta propia, proporcione su declaración de impuestos más reciente o prueba de los ingresos de trabajo independiente de _____. <input type="checkbox"/> Si el padre/madre de algún niño en su hogar no vive con usted, proporcione comprobante de cuánto dinero le da o le ha dado por cuatro semanas consecutivas entre _____ y _____.
(Opcional) Gastos	<p>Si usted no provee la información descrita abajo, no recibirá la deducción. No es mandatorio que usted proporcione la verificación, pero le puede ayudar a aumentar los beneficios de SNAP para los que sea elegible.</p> <input type="checkbox"/> Comprobante de los gastos de cuidado infantil. <input type="checkbox"/> Comprobante de la factura de renta. <input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier ayuda para la vivienda o utilidades que reciba. <input type="checkbox"/> Comprobante del monto mensual de su hipoteca. <input type="checkbox"/> Las facturas más recientes del seguro y los impuestos de propiedad. <input type="checkbox"/> Comprobante de las facturas de servicios públicos: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Comprobante de algún cheque de asistencia para los servicios públicos. <input type="checkbox"/> Comprobante de manutención infantil ordenada por el tribunal que se pague a alguien fuera del hogar. <input type="checkbox"/> Si es mayor de 60 años o discapacitado y paga más de \$35 mensuales en gastos médicos, provea todas las facturas de _____.
Otros	<input type="checkbox"/> Si el padre/madre de algún niño de su hogar no vive con usted, proporcione comprobante del número de Seguro Social, dirección y empleador del padre/madre. Nos debe proporcionar cualquier otra información que tenga disponible acerca de este individuo. (Solo TANF) <input type="checkbox"/> Otro: _____

Empleado DSS: _____ Núm. Fax : _____ Núm. Teléfono: _____

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

DSS Form 1669 SPA (MAR 20) Edition of NOV 17 is obsolete.