DEPARTMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI
DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES

NOTIFICACION DE REVISION

DE:	LA OFICINA DEL CONDADO	FECHA
	DIRECCION	
PARA	NOMBRE	
	DIRECCION	
	CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL	
REF:	NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO

La División de Servicios Familiares debe investigar y revisar si las personas que soliciten ayuda pública cumplen con los requisitos exigidos. Para determinar si usted cumple con tales requisitos para recibir ayuda pública, le solicitamos que llene todas las partes blancas del formulario adjunto. NO ESCRIBA EN LA PARTE GRIS.

Por favor lea cada pregunta con cuidado antes de contestarla. Las respuestas que usted dé se utilizarán para establecer si cumple con los requisitos para recibir ayuda médica y/o económica. Un amigo o pariente le puede ayudar a llenar el formulario. Si necesita cualquier ayuda en llenar el formulario, o si hubiera preguntas que usted no entendiera, por favor comuníqueselo al coordinador de su caso.

Después de que haya llenado el formulario, por favor firme en la línea que le corresponda según sea el interesado/el solicitante/el beneficiario.

Por favor llene el formulario hoy mismo y envíelo en el sobre adjunto. Si se ha incluido con el material el Formulario Adicional para Adultos (Supplemental Adult Form) o el Formulario de Autorización Médica (Medical Authorization Form) o cualquier otro formulario, por favor llénelos y fírmelos también y envíelos con la Declaración de Cumplimiento de los Requisitos.

El no enviar el formulario, puede traerle como consecuencia que se caso sea cerrado.

Si cualquiera de los miembros de su hogar recibe ingresos derivados de actividad remunerada, por favor adjunte los comprobantes de los cheques de los últimos dos meses de trabajo o una constancia de ingresos de la empresa que donde trabaja. Incluya además, certificación de cualquier otro ingreso que no se deriva de tragajo remunerado, tales como cartas anunciando subsidios del gobierno, y el último estado de cuenta bancaria y/o cuenta de ahorros. Si usted lo solicita, estos documentos se le devolverán.

Si tiene cualquier duda, comuníquese con el coordinador de su caso.

NOMBRE DEL COORDINADOR DEL CASO	NUMERO DE TELEFONO ( )	NUMERO DEL CASO
FAVOR ENVIAR EL FORMULARIO ANTES DE ESTA FECHA ►	DIA DE LA SEMANA	MES - AÑO