

PA-21
10/13

ESTADO DE KENTUCKY
Gabinete para Servicios de Salud y de la
Familia
Departamento para Servicios Basados en la
Comunidad

Fecha: _____
Número de caso: _____

PEDIDO DE INFORMACIÓN DEL HOGAR

_____ presentó solicitud, o está recibiendo, beneficios de programas estatales. La persona que se menciona más arriba dio su nombre como un contacto para verificar su elegibilidad. Por favor, responda las siguientes preguntas completamente y lo mejor posible. Es importante que recibamos esta información lo más pronto posible.

¿Cuál es la dirección de esta persona? _____

Mencione cada una de las personas que viven en el hogar de esta persona y cuál es la relación entre ellas:

Nombre	Relación con la persona indicada más arriba	Nombre	Relación con la persona indicada más arriba

Esta persona:

¿está casada? Sí____ No____

¿está divorciada? Sí____ No____

¿está separada? Sí____ No____

¿Esta persona o alguien más en el hogar está recibiendo dinero del Seguro Social, SSI o cualquier otra fuente? Sí____ No____
Si es así, ¿cuál? _____ ¿Cuánto? _____.

¿Esta persona recibe manutención infantil del padre/la madre de los menores?

Sí____ No____

Si es así, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Esta persona está empleada? Sí____ No____ Si contestó "Sí", ¿dónde? _____

¿Esta persona estuvo empleada alguna vez? Sí____ No____ Si contestó "Sí", ¿dónde? _____

ADVERTENCIA: Cualquier persona que ayude a otra persona a obtener asistencia (o beneficios) de forma fraudulenta está sujeta a sanciones establecidas por el Estatuto Revisado de Kentucky (KRS) 194.505 (7), KRS 194.990 y las leyes federales, que incluyen multas, prisión o ambas.

Firma_____ Fecha_____

Nombre en letra de molde_____ Teléfono_____

Dirección_____