

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND  
ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES  
SOLICITUD PARA ASISTENCIA**

Fecha de Ingreso  
(Para uso de la Agencia)

Su nombre (Apellido, Nombres)		Teléfono (Casa)		Teléfono (Trabajo)	
¿Dónde vive? (Número y calle)		# de Dept.	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección permanente (si es otra)

**¿Qué idioma habla?**  inglés  español  otro \_\_\_\_\_

**Si no habla inglés y requiere servicios gratuitos de traducción, llame a su gerente de caso o al 1-800-332-6347.**

**¿Qué tipo de asistencia requiere ahora? (Marque todos los servicios que se aplican)**

Asistencia en Efectivo  Servicios de Cuidado Infantil  Estampillas para Alimentos

Asistencia Médica - ¿Tiene cuentas médicas pendientes con fecha de los últimos 3 meses?  Sí  No

**¿Tiene cualquier de los siguientes problemas?**

Servicios cortados  Desahucio o juicio hipotecario  Sin techo  Sin calefacción  Sin alimentos

No puede costear el cuidado infantil  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?**  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Fecha para el parto \_\_\_\_\_

**¿Tienen discapacidades usted u otro miembro del hogar?**  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuál discapacidad? \_\_\_\_\_

<b>¿Qué tipo de asistencia reciben ahora o han recibido anteriormente usted u otro miembro del hogar? (Marque "Ahora" si actualmente recibe esta forma de asistencia)</b>		<b>¿Bajo qué nombre?</b>
Ahora	1.	1.
Ahora	2.	2.
Ahora	3.	3.

**En caso de solicitar el Programa de Estampillas para Alimentos** puede completar este formulario y devolvérselo ahora mismo. También puede completar su nombre y dirección, firmar la hoja y entregársela. Puede completar el resto en casa después y traerlo a esta oficina o enviarlo por correo. Sus beneficios de estampillas para alimentos dependen de la fecha en que usted firma esta solicitud y la entrega al Departamento de Servicios Sociales.

Puede recibir estampillas para alimentos de inmediato si cumple con una de las siguientes condiciones:

- La renta o hipoteca mensual de su hogar y el costo de servicios equivale a más que sus ingresos y recursos mensuales.
- Los ingresos mensuales totales de su hogar son menos de \$150 dólares y sus recursos, tales como cuentas de banco, suman \$100 dólares o menos.
- Su hogar consiste en trabajadores migrantes o de cosechas temporales.

Si no califica para recibir Estampillas para Alimentos de inmediato, procederemos con su solicitud no más de 7 días después de la fecha en que usted firme el formulario. No recibirá beneficios expedidos de Estampillas para Alimentos, en caso de ser elegible, hasta que recibamos el formulario de solicitud completado.

<b>SU FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
-----------------	--------------

**Sigue en la página 2** → → → →

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA**

LDSS Office	Programs applied for or receiving	AU ID #s
Case Manager's Name		
Application/Redetermination Date		MA #s

**EXPEDITED SERVICES (NO ESCRIBIR EN ESTE ÁREA – SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA)**

**Applicants meeting the expedited standards below are eligible to receive food stamp benefits within 7 days. Discussion with the applicant, either in person or by telephone, may be necessary to determine eligibility for expedited service. The application must be complete, signed, and identity verified before benefits can be issued.**

**1. Is the total household income this month, before deductions, less than \$150 and household cash/savings \$100 or less?**  Yes  No

- |  |          |                |
|--|----------|----------------|
| a. Household's monthly rent or mortgage amount | \$ _____ |                |
| b. Appropriate utility standard                | \$ _____ | Total \$ _____ |
| c. Approximate monthly income                  | \$ _____ |                |
| d. Household cash/savings for all members      | \$ _____ | Total \$ _____ |

2. Do total shelter costs exceed monthly income and resources?  Yes  No

3. Are the household members destitute migrant or seasonal farm workers whose cash and savings are \$100 or less?  Yes  No

**IF THE ANSWER TO ANY QUESTION 1-3 IS YES, EXPEDITE** **EXPEDITED ELIGIBLE?**  Yes  No

I certify that I screened this applicant for expedited Food Stamps and determined that the household  was  was not potentially eligible for expedited issuance at this time.

<b>Signature of Case Manager</b>	<b>late</b>
----------------------------------	-------------

**A. MIEMBROS DEL HOGAR**

Escriba los nombres de **todos los que viven con usted** usando los espacios en blanco. Escriba **SÍ** para cada persona de cuya parte está solicitando asistencia y **NO** para cada persona de cuya parte no esté solicitando asistencia.

**Para esta sección, solo debe responder al lado del nombre de aquellas personas que desean beneficios**

SOLICITA ASISTENCIA (Sí o No)	NOMBRE (Apellido Paterno, Nombres)	¿Qué parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA	ASISTE LA ESCUELA (Sí o No)	NIVEL ESCOLAR COMPLETADO	CIUDADANO DE LOS E.U.A. (Sí o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

¿Alguno(s) de los miembros del hogar pagan renta o son huéspedes?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién(es)? \_\_\_\_\_

**\*No tiene la obligación de informarnos sobre su raza. Si lo hace, nos ayudará para mostrar que cumplimos con la Ley de Derechos Civiles. Esta información no incidirá en nuestra determinación de su elegibilidad. Si no nos da esta información, tampoco incidirá en la revisión de su solicitud: el gerente de caso le asignará un código racial sólo para fines estadísticos. El Título VI de la Acta de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedir esta información.**

**B. CIUDADANÍA/ ESTADO DE INMIGRACIÓN**

Si una de las personas para quienes solicita asistencia no es un ciudadano de los Estados Unidos, debe llenar esta sección. **SOLO DEBE RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS DE PARTE DE AQUELLAS PERSONAS QUE DESEAN BENEFICIOS. Si no es elegible para otros tipos de Asistencia Médica y está solicitando únicamente Asistencia Médica para Emergencias, no tiene que completar esta sección.**

Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los E.U.A.	Número INS	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los E.U.A.	Número INS	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los E.U.A.	Número INS	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los E.U.A.	Número INS	
Miembro del hogar	Situación migratoria	¿Inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de origen
	Fecha de entrada en los E.U.A.	Número INS	

**C. REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

Puede elegir a una persona que solicite asistencia de su parte. También puede elegir a una persona que reciba beneficios con su Tarjeta de Independencia. Esta persona puede utilizar sus beneficios de la misma manera en que usted lo hace. Si elige a alguien para ayudarlo, debe proporcionarnos los siguientes datos sobre esta persona y marcar qué es lo que quiere que haga.

Nombre (Apellido paterno, nombres)	Parentesco	Número de teléfono	
Número, Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Marque qué quiere que haga su representante:

- Asistir a la entrevista de su parte       Utilizar su Tarjeta de Independencia (efectivo)       Recibir sus avisos  
 Firmar su solicitud       Utilizar sus beneficios de Estampillas para Alimentos       Recibir su tarjeta de Asistencia Médica

#### D. ESTUDIANTES

¿Algún miembro del hogar entre las edades de 18 y 50 años asiste a una escuela de educación superior (universidad, escuela vocacional o instituto técnico?)

- Sí  No

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Tiene empleo el estudiante?  Sí  No

¿Recibe el estudiante becas o préstamos?  Sí  No Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Costo de inscripción \$ \_\_\_\_\_ Libros \$ \_\_\_\_\_ Gastos \$ \_\_\_\_\_ Transporte \$ \_\_\_\_\_

#### E. RECURSOS/ACTIVOS

¿Posee alguien en el hogar cualquier recurso o activo tal como una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, bonos, efectivo, propiedades aparte de su vivienda, plan de entierro prepagado, fondo fiduciario, fondo de ahorros para la jubilación o cuenta KEOGH?

Sí  No En el caso afirmativo, favor de completar la siguiente lista::

NOMBRE DEL DUEÑO (Especifica si trabaja por cuenta propia)	TIPO DE RECURSO / ACTIVO	SALDO / VALOR	UBICACIÓN (Nombre del banco, En el hogar, etc.)

#### F. TRASLADO DE ACTIVOS

¿Alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado propiedades, bonos, acciones, efectivo u otros activos durante los últimos 36 meses? (60 meses para aquellos casos en que existe un fondo fiduciario)

Dueño anterior	Fecha de traslado	¿Quién recibió el activo?	Tipo de activo

Valor de Mercado Justo \$	Cantidad recibida \$	Razón para el traslado

#### G. INGRESOS PERCIBIDOS

¿Alguien en su hogar recibe ingresos de su empleo?  Sí  No En caso afirmativo, haga una lista de todos los ingresos brutos **previos a cualquier deducción** (tal como un empleo de tiempo completo o de medio tiempo, trabajo por su propia cuenta, cuidado infantil, trabajos eventuales, trabajo de jornalero, pagos de inquilinos o invitados, etc.)

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (INCLUYENDO DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO)	TASA DE PAGO	NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO	CANTIDAD PERCIBIDA EN CADA PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON QUE SE PERCIBE

#### H. CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si alguien en su hogar le paga a otra persona por el cuidado de un niño o un adulto discapacitado, favor de llenar esta sección:

Nombre del Proveedor de este servicio	Teléfono	Nombre del Proveedor de este servicio	Teléfono
Número      Calle	Número      Calle	Número      Calle	Número      Calle
Ciudad      Estado      Código Postal	Ciudad      Estado      Código Postal	Ciudad      Estado      Código Postal	Ciudad      Estado      Código Postal
Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$
Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro del hogar que recibe este servicio	¿Menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién paga?	Costo \$	¿Quién paga?	Costo \$

#### I. GASTOS DE ASISTENCIA INFANTIL / ASISTENCIA DE DIVORCIO O SEPARACIÓN

Paga algún miembro del hogar asistencia infantil ordenada por la corte a un miembro **QUE NO VIVE EN EL HOGAR**?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? (Incluye pagos actuales y atrasados, seguros médicos)

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DEPENDIENTE	CANTIDAD PAGADA	PERSONA O AGENCIA QUE RECIBE EL PAGO	FRECUENCIA DEL PAGO

**J. OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS**

Si alguien en su hogar recibe, aplicó para o le fue negado cualquiera de los beneficios que se encuentran abajo, marque el cuadro que se encuentra al lado

- Asistencia de Divorcio/Separación     Asistencia Infantil     Seguro Social     Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI)  
 Jubilación para Obreros de Ferrocarril     Pensión/Beneficios para Veteranos     Beneficios de Desempleo     Becas Académicas  
 Compensación Laboral     Pensión o Jubilación     Beneficios sindicales     Beneficios de Enfermedad/Discapacidad o Maternidad  
 Asignación Militar     Dinero de Ingresos de Renta     Compensación para Mineros     Dinero de Amigos o Parientes  
 Anualidades/Mensualidades en efectivo     Anualidad de Servicios Civiles     Asistencia Provisional en Efectivo     Asistencia Provisional para Emergencias, Vivienda o Medicinas     Discapacidad del Seguro Social  
 Dividendos de los Intereses generados por Acciones, Bonos, Ahorros u otras inversiones     Otro \_\_\_\_\_

Si marcó que SI recibe, solicitó o le fueron negados beneficios de cualquier tipo, favor de completar los siguientes datos:

MIEMBRO DEL HOGAR	TIPO DE BENEFICIO	SOLICITÓ		NÚMERO DE SOLICITUD	Recibió		CANTIDAD
		sí	no		sí	no	

¿Está conforme con solicitar todos los beneficios para los cuales puede ser elegible?  Sí  No

Vive en:  Vivienda pública     Vivienda de la Sección 8     Vivienda de la Administración de Hogares Rurales (FMHA) 515     Vivienda Privada

**K. COSTO DE VIVIENDA – Favor de llenar esta sección si solicita Estampillas para Alimentos**

¿Alguien en su hogar paga los siguientes servicios? Marque todo lo que se paga y conteste las preguntas:

✓	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?	✓	Gastos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién paga?
	Renta					Agua			
	Hipoteca					Desagüe			
	Luz					Sanitarización			
	Gas					Leña/Carbón			
	Petróleo					Impuesto Predial			
	Cuotas de Cooperativa/ Condominio/ Asociación					Seguro de casa			
	Teléfono					Otro			

¿Se incluye la calefacción en su renta?  Sí  No    ¿Paga una cuenta de luz para la electricidad o la cocina?  Sí  No    Si no se incluye la calefacción en la renta, ¿cuál es su fuente de calefacción? \_\_\_\_\_

¿Paga por el aire acondicionado?  Sí  No

¿Alguien le ayuda con el costo de sus servicios básicos?  Sí  No    En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados arriba?  Sí  No    En caso afirmativo, ¿con quién? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga usted? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido Asistencia de Energía en su dirección actual durante los últimos 12 meses?  Sí  No

**L. GASTOS MÉDICOS – Favor de llenar la sección adecuada en caso de solicitar Asistencia Médica o Estampillas para Alimentos**

**Asistencia Médica** – ¿Paga usted o algún miembro del hogar gastos médicos?  Sí  No    En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación

**Estampillas para Alimentos** – ¿Paga gastos médicos usted o algún miembro del hogar por cualquier persona que tenga 60 años o más, o para alguna persona que recibe beneficios de discapacidad?  Sí  No    En caso afirmativo, marque el cuadro que mejor describe su situación y ponga la cantidad mensual que paga. **DEBE HABLAR SOBRE ESTOS GASTOS CON SU GERENTE DE CASO.**

<input type="checkbox"/> Seguro de salud/ Asistencia Médica \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro Médico / Dental \$ _____	Otros _____
<input type="checkbox"/> Dentaduras/Lentes/Audífono \$ _____	<input type="checkbox"/> Costo de Transporte \$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Hospital \$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermera \$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidados Médicos \$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos de Farmacia \$ _____	_____

**M. AVERIGUACIÓN SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HOGAR – Favor de completar en caso de solicitar Asistencia Provisional en Efectivo o Estampillas para los Alimentos**

1. ¿Algún miembro de su hogar ha sido convicto de un delito mayor relacionado con la droga cometido el 22 de agosto de 1996 o en una fecha más reciente?  
 SI  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguien en su hogar se encuentra ahora en violación de su libertad condicional o está huyendo de la policía o las cortes?  
 SI  NO En el caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguien en su hogar ha sido convicto desde el 22 de agosto de 1996 en una Corte Federal o Estatal por no decir la verdad sobre su vivienda o su identidad con el propósito de recibir beneficios de Estampillas para Alimentos o asistencia de más de un lugar en el mismo mes?  
 SI  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
4. ¿Algún miembro de su hogar fue encontrado culpable por la corte de traficar beneficios de Estampilla para Alimentos con un valor de \$500 o más?  
 SI  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
5. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?  
 SI  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

**N. SEGURO MÉDICO – Favor de llenar si solicita Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo**

1. ¿Alguno de los solicitantes ha descontinuado su cobertura por seguros médicos durante los últimos seis meses?  SI  NO
2. ¿Tiene alguno de los solicitantes cualquier tipo de seguro médico?  SI  NO Si respondió que "SI" a la pregunta número 2, favor de llenar la siguiente sección.

**POLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 1**

NOMBRE DEL PORTADOR DE LA POLIZA		NÚMERO DE POLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA POLIZA	PARENTESCO CON EL PORTADOR DE LA POLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA POLIZA	PARENTESCO CON EL PORTADOR DE LA POLIZA		

**DIRECCIÓN DEL PORTADOR DE LA POLIZA**

Número Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

**ASOCIACIÓN/COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Nombre de la Compañía Aseguradora

Número Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

**POLIZA DE SEGURO MÉDICO NÚMERO 2**

NOMBRE DEL PORTADOR DE LA POLIZA		NÚMERO DE POLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA POLIZA	PARENTESCO CON EL PORTADOR DE LA POLIZA	MIEMBRO(S) DEL HOGAR CUBIERTOS POR LA POLIZA	PARENTESCO CON EL PORTADOR DE LA POLIZA		

**DIRECCIÓN DEL PORTADOR DE LA POLIZA**

Número Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

**ASOCIACIÓN/COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Nombre de la Compañía Aseguradora

Número Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

**0. SEGURO DE VIDA, PLANES FUNERARIOS O FONDOS DE ENTIERRO – Favor de llenar en caso de solicitar Asistencia Médica o Asistencia Provisional en Efectivo**

NOMBRE DEL ASEGURADO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	VALOR NOMINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO O	NÚMERO DE POLIZA O NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, FUNERARIA O BANCO

**FAVOR DE UTILIZAR ESTE ESPACIO SI NECESITA PROPORCIONARNOS MÁS INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTA SOLICITUD**


**Si necesita más espacio, pida el Anexo para la Aplicación de Asistencia - 9701.**

**P. DATOS SOBRE LA ASISTENCIA DE MENORES – Favor de llenar esta sección en caso de solicitar ASISTENCIA PROVISIONAL EN EFECTIVO o ASISTENCIA MÉDICA para un menor de edad cuyos padres están ausentes o difuntos. Favor de llenar una sección adicional para cada padre o madre ausente o difunto/a.**

**#1 DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)**

Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres)		Parentesco con usted		Favor de marcar uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Difunto	
NOMBRE DEL MENOR DE EDAD		ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
		<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
Número de Seguro Social	Otro nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Raza	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Última dirección conocida del PA	Número    Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dirección de los padres del PA	Número    Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Estado en que fue expedida su licencia de manejar	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
<b>Servicio en las Fuerzas Armadas</b> Fechas: Desde:    Hasta:	¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a quién?			Cuerpo de las Fuerzas Armadas	
Encarcelado/a <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca		Nombre de la Institución			
<b>DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE</b>					
Empleador conocido más reciente	Nombre, Dirección y Teléfono				
Empleador Adicional	Nombre, Dirección y Teléfono				
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Pensión de Veterano <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____					
<b>DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES</b>					
¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?	Fecha del pago más reciente	Cantidad del pago		
¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿dónde se expidió la orden judicial?			¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<b>#2</b>	<b>DATOS SOBRE PADRES AUSENTES (PA)</b>					
Nombre del Padre o Madre ausente (Apellido paterno y nombres)			Parentesco con usted		Favor de marcar uno: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Difunto	
NOMBRE DEL MENOR DE EDAD			ESTADO MATRIMONIAL DE LOS PADRES CUANDO NACIÓ			
			<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
			<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
			<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
			<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca casados			
Número de Seguro Social		Otro nombre		Fecha de Nacimiento	Edad	Raza
						Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Última dirección conocida del PA	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dirección de los padres del PA	Número	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Estado en que fue expedido su licencia de manejar		Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)				
<b>Servicio en las Fuerzas Armadas</b>		¿Paga una asignación en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cuerpo de las Fuerzas Armadas	
Fechas: Desde:                      Hasta:		En el caso afirmativo, ¿a quién?				
Encarcelado/a <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca			Nombre de la Institución			
<b>DATOS SOBRE LOS INGRESOS DEL PADRE O MADRE AUSENTE</b>						
Empleador conocido más reciente	Nombre, Dirección y Teléfono					
Empleador Adicional	Nombre, Dirección y Teléfono					
Otros Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos Adicionales de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Pensión de Veterano <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios sindicales <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____						
<b>DATOS SOBRE ORDENES JUDICIALES DE LOS PADRES AUSENTES</b>						
¿Paga Asistencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿A quién?			Fecha del pago más reciente	Cantidad del pago	
¿Hubo orden judicial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿dónde se expidió la orden judicial?				¿Puede darnos una copia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	