

RECIBO DE DOCUMENTOS

CASO # (SI LO CONOCE)

NOMBRE DEL CONDADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)

ESTE CONDADO RECIBIÓ LO SIGUIENTE:

- QR 3 _____
MES
- CW 7/ SAWS 7/QR 7/MC 176 _____
MES
- Acta(s) de nacimiento
- Verificación de la tarjeta del número de Seguro Social
- Registros de ciudadanía/residencia legal si no es ciudadano
- Verificación de embarazo
- Talón(es) de cheque de pago:
- Otro: _____
- Reportes de calificaciones/registros de asistencia a la escuela
- Verificación de cuidado por otra persona
- Recibo de renta
- Cobros de servicios públicos y municipales
- Cobros médicos
- Registros de inmunización (vacunas)

RECIBIDO POR

PUESTO/TÍTULO

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ