

RECIBO DE DOCUMENTOS

CASO # (SI LO CONOCE)

NOMBRE DEL CONDADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)

ESTE CONDADO RECIBIÓ LO SIGUIENTE:

- SAR 3/AR 3/DFA 377.5 _____
MES
- SAR 7/MC 176 _____
MES
- Acta(s) de nacimiento
- Verificación del número de la tarjeta de Seguro Social
- Registros de ciudadanía/situación migratoria
- Verificación de embarazo
- Talón(es) de cheque de pago:
- Otro: _____
- Reportes de calificaciones/registros de asistencia a la escuela
- Verificación del cuidado de una persona al cargo de otra
- Recibo de renta
- Cobros de servicios públicos y municipales
- Cobros médicos
- Registros de inmunización (vacunas)

RECIBIDO POR

PUESTO/TÍTULO

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ