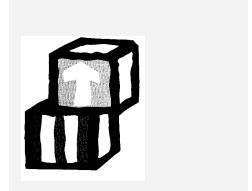




Por favor regrese a:  
**CAP AGENCY HEAD START**  
 2496 145<sup>th</sup> St. West  
 Rosemount, MN 55068  
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



## SOLICITE PARA LA COMPROBACION DE AYUDA DEL CONDADO

*A Quien Conciene:*

Tenemos que verificar los ingresos de todos los solicitantes que aplican para nuestro Programa de Head Start. El aplicante nombrado abajo ha indicado que él/ella esta/estaba recibiendo los ingresos de su agencia en los últimos 12 meses. Suministre por favor la información solicitada abajo lo antes posible. Toda la información es protegida bajo el Data Privacy Act (Acto de Privacidad de Datos) de Minnesota mientras determinamos su elegibilidad. Gracias.

Head Start Staff: \_\_\_\_\_

### EI SOLICITANTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

De cuales condados recibió beneficios? (por favor circule)

Dakota   Ramsey   Washington   Hennepin   Scott   Carver   Other \_\_\_\_\_

Trabajador de su caso: \_\_\_\_\_ Número Telefónico de su Trabajador: \_\_\_\_\_

Mi firma autoriza comprobación de mi información. Usted por la presente es autorizado/a a proporcionar toda la información solicitada en la indagación. Puede conseguir acceso a cualquiera de mis beneficios de ayuda estatal por un sistema de computadora con esta firma.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### COUNTY WORKER MUST COMPLETE THIS SECTION

Total gross income from this agency for **any or all** months benefits received: \_\_\_\_\_ Maxis #: \_\_\_\_\_

FOR **MFIP/GA/MSA/DWP** (Please Circle) Mo. \_\_\_\_\_/Yr. \_\_\_\_\_ THRU Mo. \_\_\_\_\_/Yr. \_\_\_\_\_

January	February	March	April	May	June
\$	\$	\$	\$	\$	\$
July	August	September	October	November	December
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Completed by: (print) \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_