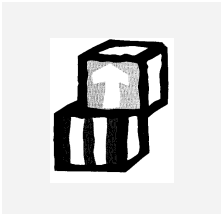




Por favor regrese a:
CAP AGENCY HEAD START

2496 145th St. West
Rosemount, MN 55068

PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



SOLICITE PARA LA COMPROBACION DE BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

A Quien Concierno:

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 QUE RECIBE SEGURIDAD SOCIAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Recipiente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

El Número del seguro social de Recipiente: _____

Mi firma autoriza comprobación de mi información. Usted por la presente es autorizado a proporcionar toda la información solicitada en la indagación.

Firma: _____ Fecha: _____

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION OFFICE MUST COMPLETE THIS SECTION

The gross amount of the monthly **Social Security (SS)/SSI** benefits for:

<u>MONTH(S)</u>	<u>SSI</u>	<u>SOCIAL SECURITY</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

We are unable at this time to verify information requested:

- _____ Claim still pending
- _____ No record based on identifying information
- _____ Other - see reverse form

Completed by: (print) _____ Phone Number: _____

Signature: _____ Date: _____