



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 AYUDA DEL CONDADO

A Quien Concierna:

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: _____