



**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 BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

*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 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: \_\_\_\_\_