



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 FAMILY SUPPORT DIVISION
REQUEST FOR INFORMATION

CASE NAME	CASE NUMBER
-----------	-------------

ADDRESS	DATE
---------	------

Estimado(a) _____

Los artículos señalados a continuación son necesarios para determinar su elegibilidad en el programa de salud MC+. El no proporcionar la información requerida, puede afectar la decisión de su elegibilidad en MC+.

Por favor devuelva los artículos señalados antes del _____ .

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Social Security Number)

Número de Seguro Social o coprobante de solicitud de un número de Seguro Social para:

2. COMPROBANTE DE INGRESOS (Income verification)

- Talonario del cheque de pago o una carta de su lugar de empleo.
- Si usted se emplea en su finca o negocio propio, su última declaración de renta o cuentas de su negocio.
- Apoyo a sus niños.
- Otros ingresos:

3. INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE AUSENTE (Information about absent parent)

complete el formulario adjunto "Referral/Information for Services".

4. ESTADO DE INMIGRACIÓN (Immigration Status)

- Tarjeta de extranjería o residencia.
- Otro comprobante del Servicio de Inmigración y Naturalización:

5. EMBARAZO (Pregnancy)

Constancia médica que confirme el embarazo y la fecha de parto prevista.

6. OTRO(S) (Other)

Explique

Si usted tiene alguna pregunta o demora para conseguir los artículos señalados arriba, por favor avíseme inmediatamente:

Número de teléfono: _____ entre _____ AM y _____ PM.

Sinceramente,

Representante del Servicio MC+

Poliza # _____