



NOMBRE (NOMBRES, APELLIDOS)		NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE CASO O DCN/ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL*	
DIRECCIÓN POSTAL				
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL

\*No es necesario que indique su número del Seguro Social (SSN) en este documento. Sin embargo, si lo hace, es posible que se agilice la respuesta a su solicitud.

La División de Apoyo a la Familia (FSD) agradece sus comentarios, inquietudes y cortesías.

Marque la casilla del programa de la FSD sobre el que desea hacer comentarios. Un representante del programa correspondiente responderá su solicitud.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Complementaria | <input type="checkbox"/> Cuidados Infantiles       |
| <input type="checkbox"/> MO HealthNet                                      | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal       |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Invidentes                         | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención Infantil*                             |  |

\*La FSD **no** puede corregir las medidas de manutención infantil que haya adoptado un tribunal, como órdenes sobre patria potestad, régimen de visitas o manutención del cónyuge. El tribunal es el único competente para resolver esos asuntos.

Llene y envíe este formulario a:

Customer Relations Unit  
Family Support Division  
PO Box 2320  
Jefferson City, MO 65102-2320  
FAX: 573-526-1408

**SECCIÓN DE COMENTARIOS** (Si necesita más espacio, continúe en otra hoja y anéxela a este formulario).

Si lo envía electrónicamente: He aceptado enviar este formulario a través de medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita.  Acepto

FIRMA	FECHA EN LA QUE SE ENVÍA
-------	--------------------------