

FORMULARIO DE RETIRO VOLUNTARIO

NOMBRE DE LA CAO _____
DIRECCIÓN DE LA CAO _____
NÚMERO DE TELÉFONO _____

Condado	Expediente	Cat	Estado en el programa

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Yo _____ deseo que se suspendan los beneficios

para las siguientes personas:

	EFFECTIVO	ASISTENCIA MÉDICA	CUPONES DE ALIMENTOS
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> para todos los que viven en mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios _____

Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar los beneficios otra vez.

Firma _____ Nombre en letra de molde _____

Fecha _____