

# INFORMACIÓN SOBRE CIUDADANÍA E IDENTIDAD

El gobierno Federal ahora exige que TODA persona que declare ciudadanía estadounidense que reciba Asistencia Médica deberá proporcionar comprobante de ciudadanía estadounidense e identidad. La manera más común de satisfacer este requisito es mediante un acta de nacimiento y una licencia de conducir. Si necesita ayuda, le ayudaremos a satisfacer este requisito.

Si tiene un acta de nacimiento y/o una licencia para algunas o todas las personas que están solicitando Asistencia Médica, sírvase enviar esos documentos junto con su solicitud de Asistencia Médica.

Si no tiene acta de nacimiento y/o una licencia de conducir para cada persona que está solicitando Asistencia Médica, complete este formulario para que podamos ayudarle a buscar otros documentos que constituyan comprobante de su ciudadanía estadounidense y su identidad.

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA CADA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE O NACIONALIZADO ESTADOUNIDENSE DE SU CASA QUE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA MÉDICA. SI NO TIENE TODA LA INFORMACIÓN, ESCRIBA LO QUE SABE.**

<b>1</b>	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	APELLIDO DE LA MADRE NOMBRE APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO Y NÚM. DE LICENCIA O IDENTIFICACIÓN ESTATAL
	NOMBRE QUE APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO: APELLIDO, NOMBRES			ESTADO DE NACIMIENTO*		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	
<b>2</b>	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	APELLIDO DE LA MADRE NOMBRE APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO Y NÚM. DE LICENCIA O IDENTIFICACIÓN ESTATAL
	NOMBRE QUE APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO: APELLIDO, NOMBRES			ESTADO DE NACIMIENTO*		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	
<b>3</b>	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	APELLIDO DE LA MADRE NOMBRE APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO Y NÚM. DE LICENCIA O IDENTIFICACIÓN ESTATAL
	NOMBRE QUE APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO: APELLIDO, NOMBRES			ESTADO DE NACIMIENTO*		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	
<b>4</b>	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	APELLIDO DE LA MADRE NOMBRE APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO Y NÚM. DE LICENCIA O IDENTIFICACIÓN ESTATAL
	NOMBRE QUE APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO: APELLIDO, NOMBRES			ESTADO DE NACIMIENTO*		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	
<b>5</b>	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	APELLIDO DE LA MADRE NOMBRE APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO Y NÚM. DE LICENCIA O IDENTIFICACIÓN ESTATAL
	NOMBRE QUE APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO: APELLIDO, NOMBRES			ESTADO DE NACIMIENTO*		CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	

COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE	
COUNTY	DISTRICT
APPLICATION REG # OR RECORD #	
BIRTH CERTIFICATE VERIFICATION	
CLIENT 1 STATE FILE #	DATE FILED
SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> NO RECORD FOUND	

CLIENT 2 STATE FILE #	DATE FILED
SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> NO RECORD FOUND	

CLIENT 3 STATE FILE #	DATE FILED
SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> NO RECORD FOUND	

CLIENT 4 STATE FILE #	DATE FILED
SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> NO RECORD FOUND	

CLIENT 5 STATE FILE #	DATE FILED
SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> NO RECORD FOUND	

\* Si nació en un territorio de Estados Unidos, escriba el nombre del territorio.

**Nosotros mantenemos en calidad CONFIDENCIAL la información que usted nos proporciona y sólo la usamos para tramitar su solicitud de Asistencia Médica.**