

VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO

Departamento de Servicios Sociales

FECHA:	NÚMERO DE CASO:	NOMBRE DEL CASO:
--------	-----------------	------------------

Estimada Sra. _____ :

Cada persona que recibe asistencia temporal en efectivo debe tener o solicitar un número de seguro social. Esto significa que, cuando nazca su bebé, deberá completar una solicitud de número de seguro social antes de que podamos agregarlo al subsidio. Como parte de esta solicitud, debemos tener prueba del nacimiento de su bebé. Pida al hospital o a su médico que complete la parte inferior de este formulario tan pronto como nazca el bebé. Devuélvalo tan pronto como pueda. Cuanto antes lo devuelva y complete la solicitud para el seguro social, antes se podrá agregar su bebé al subsidio. Recuerde que debe informar sobre un nuevo bebé (y cualquier otro cambio) dentro de los diez (10) días.

Atentamente,

Gestor de caso

Número de teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL O EL MÉDICO: (Coloque el sello, estampilla o adjunte la impresión de la tarjeta del paciente).

Se certifica que _____
(nombre de la madre)

dio a luz a un hijo o hija _____
(nombre del menor)

el _____ en _____ Hospital.
(fecha)

¿Han solicitado los padres el número de seguro social para el niño?

SÍ NO En caso afirmativo, fecha solicitada _____

Firma

Cargo

Número de teléfono Fecha