



## **Solicitud de Elegibilidad para el Programa de Subsidio de Tarifas (FSP)**

Información del Cliente	Prueba de Ingresos	
	Marque el documento adjunto	
Apellidos:	WIC	Medicaid
Nombre:	SNAP	SSI/SSDI o SSA
Teléfono:	Programa de Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI)	
Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Ayuda del Gobierno	<input type="checkbox"/> Otra asistencia en general
Número de Identificación del Cliente:	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos más reciente	<input type="checkbox"/> Tus tres recibos de pago más recientes
	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta del Seguro Social del último año	

Para procesar esta solicitud, este formulario debe estar acompañado del comprobante de ingresos mencionado anteriormente; además, su solicitud ADA no debe estar vencida, pendiente ni requerir recertificación

Certifico que estas declaraciones son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa puede descalificar mi solicitud.

☐ Esta solicitud está siendo completada y firmada por el Representante Designado, Tutor, Apoderado (POA) o patrocinador del cliente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_