



### Solicitud para Cambiar los Registros

Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance. Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cliente \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Hogar del Cliente \_\_\_\_\_

Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono del Cliente \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitador (si no es el cliente) \_\_\_\_\_

Teléfono del Solicitador \_\_\_\_\_ Número de Fax del Solicitador (opcional) \_\_\_\_\_

*Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.*

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

La información que el Departamento tiene sobre mí que creo que está mal o no está completa es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me gustaría hacer las siguientes correcciones sobre mi información:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de 10 días.**

Si esta solicitud está siendo hecha por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar un cambio a la información de esa persona \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

**Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en \_\_\_\_\_

Mi comisión expira \_\_\_\_\_

**For DHW Office use only**

ID Provided \_\_\_\_\_

Form Complete \_\_\_\_\_

Authority:

Accessing own records \_\_\_\_\_

Documentation Attached \_\_\_\_\_

Not Required \_\_\_\_\_