

Solicitud de Destinatario Adicional de Correspondencia

Usted puede nombrar a una persona o entidad para recibir copias de su Departamento de Salud y Bienestar de los avisos. HW20075 | Rev 3.2012

Comunicarse Con el Departamento

Correo: P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026
Teléfono: 1-877-456-1233
Fax: 1-866-434-8278
En línea: healthandwelfare.idaho.gov

Información del Cliente

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	2. Fecha de nacimiento	3. Número de caso
4. Número de seguro social	5. Teléfono durante el día	Tipo de teléfono (escoja uno) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		6. Teléfono alternativo
7. Dirección física	Cuidad	Estado	Código postal	
8. Dirección de correo (si es diferente)	Cuidad	Estado	Código postal	

Cuéntenos Acerca de su Solicitud

El cliente aquí suscrito autoriza a la persona Entidad **indicada abajo (escoja uno) como Destinatario Adicional de Correspondencia. Tal destinatario recibirá copias de avisos enviados por el Departamento de Salud y Bienestar.**

Marque todos los programas del Destinatario Adicional de Correspondencia que desea autorizar:

- de seguro de salud ayuda monetaria para los ancianos, ciegos y discapacitados (AABD Cash)
 alimentos asistencia temporal para familias en Idaho (TAFI)

Información del Destinatario Adicional de Correspondencia

1. Primer nombre de destinatario	Segundo nombre de destinatario	Apellido de destinatario	2. Nombre de la entidad (si aplica)	
3. Dirección de correo	Cuidad	Estado	Código postal	
4. Dirección física (si es diferente)	Cuidad	Estado	Código postal	
5. Fecha de nacimiento (si aplica)	6. Numero seguro social (si aplica)	7. Teléfono durante el día	8. Teléfono de la entidad (si aplica)	

Firma (debe estar llena)

Este formulario no tiene validez sin la firma del cliente.

Firma del solicitante

Fecha