



FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA LA SOLICITUD DE PROBABLE ELIGIBILIDAD (SIGLAS EN INGLÉS: PE)

Persona que proporciona la información en nombre del solicitante y/o los miembros de su familia que figuran más abajo

Nombre _____	Apellido _____
Domicilio _____	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____	Correo Electrónico _____

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba)

Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
-----------------	--------------	--------------	---------------------

Miembros que componen la familia

Nombre y Apellido	Solicitar PE?	Relación Con la persona que proporciona la información	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (no necesario)	¿Ciudadano de EE.UU, Residente de EE.UU o Inmigrante Elegible? (no necesario)	¿Reside en el Estado de Nuevo México?	¿Embarazada?	¿Recibe un ingreso de un trabajo?	¿Cada cuánto tiempo?	¿Está registrado en Medicaid o Medicare?
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Total del Ingreso de la Familia por mes (antes de impuestos): _____

Otro Ingreso de la Familia por mes (antes de impuestos): _____

POR FAVOR, incluir: Desempleo, Pensiones Alimenticias, y Incapacidad de la Administración de Seguro Social
NO incluya: Pagos SSI o Manutención de niños

Al firmar abajo, Ud. jura que la información proporcionada al completar esta solicitud es verdadera y correcta según sus conocimientos.

Toda la información proporcionada es confidencial y privada.

Firma de la persona solicitando en favor de su familia