



FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

Oficina de Servicios a la Comunidad del Condado de Harris
Oficina de Servicios Sociales

SOLICITUD PRELIMINAR

USO DE OFICINA
# BILLS
APPT. TIME
APP. #
ES.

NOMBRE LEGAL DE CLIENTE
(Como aparece en la tarjeta de Seguro Social)
NOMBRE DE SOLTERA (SI ES APLICABLE)
FECHA DE NACIMIENTO EDAD HOMBRE MUJER
# SEGURO SOCIAL

ESTATUS DE INMIGRACION: NACIDO EN E.U. NATURALIZADO
RESIDENTE PERMANENTE INDOCUMENTADO OTRO

RAZA/ETNIA

Donde vive actualmente:
DIRECCION DE DOMICILIO APT # CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL CONDADO

RENTA HOGAR PROPIO (HIPOTECA) NUMERO TELEFONICO:

NOMBRE Y TELEFONO DE RENTERO/A:

OTROS MIEMBROS EN EL DOMICILIO:

Table with 6 columns: APELLIDO, NOMBRE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, HOMBRE O MUJER, NUMERO DE SEGURO SOCIAL

ALGUNA/A PERSONA EN SU DOMICILIO RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA O SNAP? SI NO

INGRESOS ECONOMICOS EN DOMICILIO: TRABAJO PENSION SSD/SSA/SSI OTRO NADA

ESTÁ SU RESIDENCIA OPERANDO COMO UN NEGOCIO? SI NO

YO CERTIFICO QUE, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER Y LA CREENCIA, QUE TODA INFORMACION AQUI ES CIERTA, CORRECTA, COMPLETA, Y ES PROVEIDA EN BUENA FE.

FIRMA

FECHA