

FORM I.D.	IDENTIFICACIÓN DEL FORMULARIO
WORKER	TRABAJADOR
ELIGIBILITY INFORMATION SYSTEM	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD
APPLICATION FOR WORK FIRST FAMILY ASSISTANCE,MA,REFUGEE,AND SA COUNTY	SOLICITUD DE ASISTENCIA POR LOS PROGRAMAS WFFA, MA, REFUGIADO Y SA CONDADO DE
APPLICATION TYPE (X ONE)	TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X)
1 NEW APPLICATION	1 SOLICITUD INICIAL
2 REAPPLICATION	2 SOLICITUD REITERADA
3 ADMINISTRATIVE ADD INDIVIDUAL(S) TO CASE	3 AGREGACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAS AL CASO
4 NEW MA APPLICATION WITH RETROACTIVE BENEFITS	4 SOLICITUD MA INICIAL CON BENEFICIOS RETROACTIVOS
5 MA REAPPLICATION WITH RETROACTIVE BENEFITS	5 SOLICITUD MA REITERADA CON BENEFICIOS RETROACTIVOS
6 ADD AN INDIVIDUAL	6 AGREGAR PERSONA
7 AUTOMATIC NEWBORN	7 RECIÉN NACIDO AUTOMÁTICO
CO.NO.	Nº CO.
CO.CASE NUMBER	Nº CASO CONDADO
DIST.NO.	Nº DIST.
ADDRESS LINE 1	1ª LÍNEA DE LA DIRECCIÓN
ADDRESS LINE 2	2ª LÍNEA DE LA DIRECCIÓN
CITY	CIUDAD
STATE	ESTADO
ZIP CODE	CÓDIGO POSTAL
Food Stamps:	Estampillas de alimentos
I would like to apply for Food Stamps	Deseo solicitar estampillas de alimentos
Yes	Sí
No	No
I currently receive Food Stamps	Actualmente recibo estampillas de alimentos
Food Stamp No.:	Estampilla de alimento Nº:
Adm.	Adm.
BD	BD
Trans.	Trans.
DIS/DET	DIS/DET
(Y/N)	(S/N)
y/n	s/n
ong	en curso
retro	retro
CASE I.D.	IDENT. DEL CASO
AID Pro-Cat	AYUDA Pro-Cat
FAM-PLAN	FAM-PLAN

MQB-QI	MQB-QI
Health Choice	Prog. <i>Health Choice</i>
C/H Inclu	C/H Inclu.
HOW APP RECEIVED	MODO RECEP. SOL.
Total # on this App.	Cant. total en esta Sol.
LINE NO.	Nº DE LÍNEA
CASE INDIVIDUALS	PERSONAS DEL CASO
FIRST MI	NOMBRES
LAST SUFFIX	APELLIDOS
DATE OF BIRTH	FECHA DE NACIMIENTO
MONTH	MES
DAY	DÍA
YEAR	AÑO
RACE	RAZA
SEX	SEXO
SOCIAL SECURITY NO.	Nº DE SEGURO SOCIAL
required for applicants only	Se requiere sólo de los solicitantes
To be included in case? (Answer for Types 1,2, 4, 5 and 7)	¿Debe incluirse en el caso? (Respuesta para tipos 1, 2, 4, 5 y 7)
Is this the Casehead/Payee? (Answer for Types 3 and 6)	¿Es éste el titular del caso o la persona a quién se le paga? (Respuesta para tipos 3 y 6)
INDIVIDUAL I.D.	IDENT. INDIV.
APPLICATION DATE	FECHA DE LA SOLICITUD
Month	Mes
Day	Día
Year	Año
I have read the statements on the back of this form and understand and agree to them all.	He leído las declaraciones al reverso de este formulario y las entiendo y las acepto todas.
APPLICANT'S/REPRESENTATIVE'S SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE
DISPOSITION	DISPOSICIÓN
PROSP. DISPO.	POSIBLE DISPO.
TYPE	TIPO
Denial	Denegación
Withdrawal	Retiro
DISPOSITION DATE	FECHA DE LA DISPOSICIÓN
Month	Mes
Day	Día
Year	Año

REASON	RAZÓN
NOTICE OVERRIDE	ANULACIÓN DE AVISO
JOBS/WORK REQ.SAVINGS	AHORROS REQUERIDOS PARA TRABAJO O EMPLEO
REASON	RAZÓN
White Copy - Data Entry.	Copia blanca - Ingreso de datos
Canary Copy - Files.	Copia amarilla - Archivos
Goldenrod Copy- Food Stamp Office	Copia dorada - Oficina de estampillas de alimento
WITNESS'S SIGNATURE	FIRMA DEL TESTIGO
CASEWORKER'S SIGNATURE:(WITNESS)	FIRMA DEL TRABAJADOR ASIGNADO AL CASO: (TESTIGO)
COUNTY DIRECTOR'S SIGNATURE & DATE	FIRMA DEL DIRECTOR DEL CONDADO Y FECHA