

**Para: Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ashtabula
2924 Donahoe Drive, Ashtabula, Ohio 44004**

SOLUCITUD DE INFORMACION

(Tenga en cuenta que todas las solicitudes tienen un tiempo de procesamiento de 7 a 10 días)

Fecha: _____ NSS: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono#: _____

Por favor marque los elementos necesarios:

Verificación de ingreso Por cuantos meses _____

Tarjeta de Seguro Social Para Quién? _____

Certificado de Nacimiento Para Quién? _____

Licencia de Conducir Para Quién? _____

Num. de Facturación de Medicaid # Para Quién _____

Verificación de Copago de Cuidado Infantil Para Quién? _____

Otro: _____

Quiere que se le envíe por correo a la dirección anterior? _____

Lo recogeras? _____ Cuando? _____

Quieres que se envíe por fax? _____ Número de Fax: _____ Atención: _____

Por la presenta autorizo la divulgación de la información anterior a las personas identificadas

Signature: X
Signature of Requestor

Date

**2924 Donahoe Dr., Ashtabula, OH 44004
E-mail: ashtabula-verifications@jfs.ohio.gov
Toll Free: (800) 935-0242
Fax: (440) 998-1538**