



CONDADO DE MARIN
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, SUBDIVISIÓN DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN
PROGRAMA DE AYUDA GENERAL

EXENTO DE TRABAJO EMPLEABLE

AUTORIZACIÓN DE C-IV Y MEDS

FECHA DE SOLICITUD: _____

PARA EL SOLICITANTE: Por favor indique su Nombre, Número de Seguro Social y Fecha de Nacimiento. Mencione la misma información correspondiente a usted y otros miembros de la familia que vivan con usted.

NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	VERIF. NSS
1.				
2.				

¿Ha solicitado Ayuda General en el Condado de Marin antes? Sí No .

De ser así, ¿cuándo? _____.

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

NOMBRE DEL CASO:	VERIFICADO POR:	FECHA:
------------------	-----------------	--------

CASO DE AYUDA GENERAL #	ACTIVO <input type="checkbox"/> CERRADO <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD #	FECHA DE ACCIÓN:
CASO DE MEDS FS #	ACTIVO <input type="checkbox"/> CERRADO <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD #	FECHA DE ACCIÓN:
CASO DE MEDS MC/CMSP #	ACTIVO <input type="checkbox"/> CERRADO <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD #	FECHA DE ACCIÓN:
CASO DE C-IV #	ACTIVO <input type="checkbox"/> CERRADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD #	FECHA DE ACCIÓN: