



Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

Newborn (Recién Nacido)

Fecha:

Condado:

Asistente N°:

Nombre del Asistente:

Teléfono:

E-mail del Asistente:

Fecha de entrega de la información:

Estimada/o

Un miembro de su familia tuvo un bebé. Por lo tanto, necesito la información indicada en este formulario para determinar qué beneficios puede obtener el bebé. **Necesito toda la información para de la fecha entrega que se encuentra en la parte superior de esta carta.**

Por favor, llámame a la oficina si:

- Desea hacer preguntas o necesita ayuda.
- No puede conseguir la información solicitada antes de la fecha indicada arriba, o
- Si necesita esta información en otro idioma.

Acepto llamadas por cobrar.

Muchas gracias por su colaboración.

Asistente de Mantenimiento del Ingreso

Información Del Bebé

Nombre del Bebé:

Fecha de Nacimiento:

El bebé es:

un Niño

una Niña

¿Tiene el bebé seguro médico?

No

Sí

- Si contestó "sí", complete y envíeme el formulario *Cuestionario de Seguro* que adjunto.

Cosas Que Necesitamos

Por favor, envíenos la siguiente información:

- Una copia del certificado de nacimiento del bebé o la tarjeta de identificación del hospital
- Una copia del acuse de recibo de la solicitud del Número de Social Security del bebé
- El formulario *Información de Padre Ausente* que adjunto, el cual debe llenar
- La *Declaración Jurada de Identidad* que adjunto, la cual debe completar y devolver