

## Solicitud de información de SSN

Número de caso:

Identificación del trabajador:

Nombre del trabajador:  
Telefono del trabajador:

Estimado/a {PRIMARY\_APPLICANT\_NAME}:

Para determinar si puede seguir recibiendo beneficios, necesitamos:

- El número de seguro social (SSN) o comprobante de solicitud de SSN de {NEW\_BORN\_NAMES}

Entregue esta información antes del . Si no entrega la información solicitada, sus beneficios podrían ser cancelados.

Puede entregar esta información por teléfono al número del trabajador mencionado anteriormente o mediante el envío de una COPIA de la Tarjeta de Seguro Social. Incluya su N.º de caso () en cualquier información que nos envíe.

Envíe la información a:

Iowa Dept. of Human Services  
Image Center 4  
PO Box 2027  
Cedar Rapids, IA 52406

No podemos devolver documentos originales. Si decide enviarnos la tarjeta de seguro social por correo, envíenos solo una COPIA.

Si entrega la información solicitada anteriormente, podremos determinar si todavía es elegible. Le enviaremos un aviso si el cambio informado afecta la elegibilidad de cualquier persona incluida en su caso o el monto de su beneficio. NO enviaremos un Aviso si todas las personas siguen siendo elegibles y los beneficios continúan siendo los mismos.

Si tiene PREGUNTAS o necesita más tiempo para obtener la información, no dude en llamarme antes del {DUE\_DATE}.

This page intentionally left blank