



Sandoval County Healthcare Assistance Program

CARTA DE VERIFICACION DE RESIDENCIA

Nombre del solicitante para el Programa de Asistencia Médica: _____

(Dirección del Solicitante/Familiar/ Amigo o Representante Legal)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Número de Teléfono)

¿Por cuánto tiempo el solicitante esta vivido en esta dirección?

Desde: _____ Hasta: _____
(Mes/Año) (Mes/Año)

Para completar la aplicación de HCAP el familiar, amigo o representante legal requiere que proporcione verificación de residencia en el Condado de Sandoval, por favor proporcione (uno) de los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| Licencia de Conducir Válida | Contracto de Alquiler/Arrendamiento |
| Recibo de impuestos sobre la propiedad | Factura de servicios públicos de 90 días antes de la aplicación |

Por favor anote todos los miembros que viven en el domicilio mencionado anteriormente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Explique el acuerdo que tiene con el solicitante:

Imprimir Nombre: _____
(Solicitante)

Firma: _____
(Solicitante)

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Firma: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Fecha: _____

ESTADO DE NUEVO MEXICO)) SS.
CONDADO DE SANDOVAL)

Lo anterior fue reconocido ante mí este ____ día de _____,

Por _____

Notario Público _____ Mi Comisión Vence _____