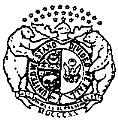
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA



**Carta de solicitud de firma**

Fecha:

,

Apreciable Sr. o Sra.

Recientemente usted envió una

☐Solicitud ☐Revisión

a la División de Apoyo a la Familia, pero está incompleta porque no está firmada. No podemos procesar su solicitud o revisión sin su firma. Se le regresará el formulario para que lo firme.

☐Envíe este formulario lo más pronto posible para comenzar a determinar su elegibilidad.

.

☐Si no lo envía antes de

podría perder sus beneficios.

**Coloque su firma y la fecha en este formulario y envíelo en el sobre adjunto.**

Envíelo a:

,

Gracias por su cooperación en este proceso.

Saludos cordiales,

La División de Apoyo a la Familia Equipo de elegibilidad

Carta de solicitud de firma (02/2019)