

Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Formulario de retraso de SNAP

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ @ _____

Mejor forma de comunicación Teléfono Correo Correo electrónico

¿Cuándo solicitó a SNAP? (mes/día/año) _____/_____/_____

¿Solicitó por internet o en una oficina local? Internet Oficina local

¿Si hizo la solicitud en una oficina local, en cuál oficina hizo la solicitud?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Middletown | <input type="checkbox"/> Providence | <input type="checkbox"/> Warwick |
| <input type="checkbox"/> Pawtucket | <input type="checkbox"/> Wakefield | <input type="checkbox"/> Woonsocket |

Número completo de Seguro Social o número de caso RIBridges _____

Si su dirección ha cambiado desde que solicitó a SNAP, por favor escriba la dirección que usó cuando hizo la solicitud, ya que esto nos ayudará buscar su caso más rápidamente.

Dirección cuando hizo la solicitud _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____