



## Formulario de verificación de residencia en Delaware

**Usar SOLO si el solicitante no tiene la documentación requerida como comprobante de residencia en Delaware, como por ejemplo la tarjeta de identificación de Delaware, el contrato de arrendamiento o alquiler, o una factura de servicios públicos**

**Si el solicitante es menor de 18 años, deberá verificarse la dirección del padre/madre/tutor legal**

Al firmar este documento, autoriza a la persona que se indica a continuación a compartir la información de su dirección física a los programas Screening for Life (SFL) y Health Care Connection (HCC). La información a continuación **SOLO** se usará para verificar la elegibilidad para los programas. Una vez que haya completado la sección del solicitante, presente el documento a la persona que se indica a continuación y pídale que complete la sección de verificación de dirección. Entregue el formulario completo a la Oficina de SFL/HCC por correo electrónico a [dhss\\_dph\\_healthaccessde@delaware.gov](mailto:dhss_dph_healthaccessde@delaware.gov), por fax al **302-736-7940** o al **302-739-2545**, o por correo a la Oficina de SFL/HCC, División de Salud Pública, 540 S. DuPont Highway, STE. 11, Dover, DE 19901

Nombre del solicitante de SFL: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de SFL (si se le ha asignado): \_\_\_\_\_

### Sección del solicitante

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del solicitante), autorizo a \_\_\_\_\_ (Nombre) a certificar mi dirección física ante los programas SFL y HCC con el propósito de verificar mi elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (presencial) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2024  
Fecha

### Sección de verificación de dirección

**A completar por el propietario o el dueño de la residencia**

Dirección física del solicitante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación con el solicitante:  Propietario  Dueño de la residencia (no cónyuge/pareja)  Tutor legal (si es menor de 18 años)

Duración de la residencia: \_\_\_\_\_ meses/años

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto

\_\_\_\_\_  
Firma (presencial)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024  
Fecha

### SOLO PARA USO DE SFL/HCC

Verificado por (Nombre y cargo del empleado de SFL/HCC): \_\_\_\_\_

Fecha de verificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

(Sello de la fecha de recepción de SFL/HCC arriba)

*\*Cualquier alteración invalidará este documento*