

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, 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.

_____/_____/2025
Firma del cliente (presencial) 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)

_____/_____/2025
Fecha

SOLO PARA USO DE SFL/HCC

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

Fecha de verificación: ____/____/2025



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

**Cualquier alteración invalidará este documento*