



Formulario de verificación de asistencia financiera

(USAR SOLO SI EL SOLICITANTE ESTÁ DESEMPLEADO O SE DEDICA AL HOGAR).

Al firmar este documento, autoriza a la persona que se indica a continuación a compartir la información de su asistencia financiera 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 cliente de este documento, presente el documento a la persona que se indica a continuación y pídale que complete la sección del verificador. 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 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 cliente), autorizo a _____ (Nombre del patrocinador) a certificar que me está proporcionando asistencia financiera a los programas SFL y HCC con el propósito de verificar mi elegibilidad.

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

Sección del patrocinador

Relación con el cliente: Pareja (no casada) Pariente (no cónyuge) Amigo

Nombre del patrocinador (letra de imprenta)

Teléfono de contacto

Firma del patrocinador (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*