

**CONSENT FOR VERIFICATION OF INFORMATION
CONSENTIMIENTO PARA VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

NEW YORK STATE
Estado de Nueva York

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
Departamento de Servicios Sociales

Name of Applicant or Recipient Nombre del solicitante o beneficiario	Nassau # 28 Social Services District Distrito de Servicios Sociales	Date Fecha
---	--	---------------

I, the undersigned, hereby give my consent to the above identified Department of Social Services to verify information relating to my eligibility for Public Assistance and care, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and other benefits under the Social Services Law, as follows:

Yo, el abajo firmante, por este medio doy mi consentimiento al Departamento de Servicios Sociales identificado arriba para que verifique información relacionada a mi elegibilidad para la Asistencia Temporal y cuidado, Programa de Nutrición Suplementaria (SNAP) y otros beneficios bajo la Ley de Servicios Sociales, de la manera siguiente:

NAMES OF SPECIFIC SOURCES FOR CONTACT
Landlords, doctors, counselors, banks, attorneys,
schools, other government agencies, liaisons,
financial institutions, employers, friends and neighbors

NOMBRES DE FUENTES ESPECIFICAS PARA COMUNICARSE
Los propietarios de vivienda, los médicos, los consejeros, los bancos, los abogados,
escuelas, otras agencias gubernamentales, enlaces,
instituciones financieras, empleadores, amigos y vecinos

If signed with an X, a witness other than the caseworker or Department representative should be obtained.

Si es firmado con una X, un testigo que no sea el Trabajador Social o el representante del Departamento debe obtenerse.

X	
Signature of Applicant or Recipient Firma del Solicitante / Beneficiario	Date Fecha

X	
Signature of Witness Firma del testigo	Date Fecha

X	
Signature of Caseworker or Department Representative Firma del Trabajador Social o el Representante del Departamento	