

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**Programas de Asistencia a Familias**  
**VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

Esto Certifica que un Número de Seguro Social Fue Solicitado para:

Nombre del Niño	Sexo del Niño
Fecha de Nacimiento	Nombre del Padre, Si se Dio el Nombre
Nombre de la Madre	Condado de Residencia de la Madre
Número de Seguro Social de la Madre	Firma del Funcionario del Hospital
Fecha de la Solicitud	Nombre del Hospital

**MENSAJE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES**

Si solicita ayuda del programa Independencia Familiar (Family Independence, FI por sus siglas en inglés) o de SNAP (Programa de asistencia nutricional complementaria) debe llevar este aviso con usted cuando presente la solicitud o cuando agregue un niño.

**MENSAJE DEL SEGURO SOCIAL**

***Importante: si no le ha puesto un nombre a su bebé, no se puede expedir una tarjeta de seguro social.***

Usted debe recibir la tarjeta de seguro social de su bebé dentro de unas semanas.

Si está solicitando FI o SNAP para su bebé, tendrá que completar la información descrita anteriormente antes de ser dada de alta del hospital. Haga entrega de este formulario al DSS para mostrar que se ha solicitado un número de seguro social. **Una vez que reciba el número de seguro social, tendrá que entregárselo al DSS.**