

SITA CON: _____ NUMERO: _____ FECHA: _____ HORA: _____
DE TEL. _____



East Valley Family Services

**More than help...
More than hope...**

1800 E. Sahara Ave. Suite 117
Las Vegas, NV, 89104
www.eastvalleyfamilyservices.org
(702) 631-7098
Fax: (702) 733-6144

Programa Suplementario de Asistencia Nutricional

S.N.A.P.

Lista de Verificación de Documentos

- ___ Identificación con foto (para todos los solicitantes adultos)
- ___ Acta de nacimiento (para todos los solicitantes)
- ___ Tarjetas de Seguro Social (para todos los solicitantes)
- ___ Ingresos (talones de pago de los últimos 60 días)
- ___ Discapacidad, SSI o Seguro Social (Carta de aprobación)
- ___ Carta de cualquier persona/s que están ayudando a (pagar renta, biles, o les ayuden con dinero)
- ___ Estado de Cuenta Bancaria (más reciente)
- ___ Registración del carro(s)
- ___ Contrato de la renta/hipoteca (carta de la persona a quien le renta cuarto)
- ___ Todos los biles de las utilidades

**Todos los documentos solicitados se necesitaran para entregar su
aplicación**