prospera

PROGRAMA PARA EL SUSTENTO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Información del/la Alimentante

Número de Caso_____

Nombre del/la Alimentante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Dirección Residencial_____

_____

Dirección Postal_____

_____

Teléfono Residencia _____Celular_____

Fecha de Nacimiento_____ Lugar de Nacimiento_____

Edad_____ Sexo □ M □ F

Estado Civil □ Casado/a □ No Casado/a □ Divorciado/a □ Viudo/a

Ocupación:

□ Empleado/a (especifique) _____

□ Desempleado/a

□ Jubilado/a

□ Pensionado/a

□ Incapacitado/a (especifique) _____

□ Trabaja por cuenta propia (especifique) _____

□ Otro _____

Comentarios: _____

_____

Atendido por: _____
Nombre

_____
Posición

_____
Fecha

PO Box 192319, San Juan, Puerto Rico 00919-2319 Teléfono (787) 767-1500 Ext. 2998 Fax (787) 274-8903