

# CAMBIOS PARA LA LISTA DE ESPERA

NOMBRE DEL APLICANTE: \_\_\_\_\_

ULTIMOS 4 NUMEROS DE SU SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NASIMIENTO: \_\_\_\_\_

**(POR FAVOR DE LLENAR ESTA FORMA COMPLETAMENTE)**

NUEVA DIRECCION FISICA:

CALLE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

CORREO POSTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO NUEVO: \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL: \$ \_\_\_\_\_

NUMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR DE APUNTAR EL NOMBRE DE CADA PERSONA QUE VAN A  
AÑADIR O QUE SE VAN A ELIMINAR DE LA APLICACION ORIGINAL:

NOMBRE	NUMERO SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
--------	----------------------	---------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ES USTED O SU ESPOSO/A VETERANOS MILITARES? SI ☐ NO ☐

USTED O SU ESPOSO (A) SUFREN INCAPACIDAD PERMANENTE? SI ☐ NO ☐

ESTA ACTUALMENTE TRABAJANDO EN LA CIUDAD DE OCEANSIDE? SI ☐ NO ☐

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

321 N. NEVADA ST OCEANSIDE, CA 92054 760-435-3360 FAX: 760-754-8918  
DIRECCION POSTAL  
ATTN: LISTA DE ESPERA 300 N. COAST HWY OCEANSIDE, CA 92054

Apellido

Nombre

Fecha de aplicacion