

## FORMULARIO DE DATOS DE CONSUMIDOR

### Información del consumidor

Nombre en el programa \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección física del consumidor \_\_\_\_\_  
(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Casa Celular

ID de Medicaid \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Agente fiscal anterior:  Sí  No – ¿el consumidor cambiará sus servicios de otro agente fiscal a CDCN?

En caso afirmativo, nombre del agente: \_\_\_\_\_

### ¿Empleador registrado (EOR) anterior?

Sí  No – ¿El consumidor cambiará de empleador registrado?

En caso afirmativo, nombre del EOR anterior: \_\_\_\_\_

### Información del nuevo empleador registrado (EOR)

Relación del EOR con el consumidor:  Consumidor (por sí mismo)  Otro (describa): \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección física del EOR \_\_\_\_\_  
(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Dirección postal del EOR (física o apartado postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_  
Casa Celular Fax

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Cuentas anteriores:  Sí  No – ¿el EOR tiene un negocio existente de propietario único o empleador doméstico con cuentas establecidas? En caso afirmativo, proporcionar confirmación de su número de identificación del empleador del IRS (carta de certificación EIN 147C o carta de confirmación EIN CP575).

### Facilitador de servicio

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

