



State of New Jersey  
 DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
 101 SOUTH BROAD STREET  
 PO Box 811  
 TRENTON, NJ 08625-0811

PHILIP D. MURPHY  
 Governor  
 TAHESHA L. WAY  
 Lieutenant Governor

JACQUELYN A. SUÁREZ  
 Commissioner

**CERTIFICACIÓN DEL MEDICO PARA BENEFICIOS DE ENFRIAMIENTO**

**EL DCA DE NJ PROCESA LAS APLICACIONES PARA LA ASISTENCIA DE ENFRIAMIENTO PARA HOGARES ELEGIBLES DE ACUERDO A SUS INGRESOS, EN LOS QUE AL MENOS UNO DE SUS MIEMBROS PUEDE ESTAR EN GRAVE PELIGRO SI NO TIENE REFRIGERACION DONDE VIVE.**

**Médico** Por favor complete y devuelva este formulario a su paciente. Por favor firme y coloque el sello de su oficina o adjunte una tarjeta de negocios.

Medical Office Stamp

**Medical Office Stamp →**

Nombre del Jefe de Hogar/Aplicante: \_\_\_\_\_

Ultimos cuatro dígitos del SSN del Jefe de Hogar/ Apicante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Ultimos cuatro dígitos del SS del Paciente: (debe ser completado por el paciente)

\*La dirección del paciente debe ser la misma del aplicante.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva este formulario utilizando una de estas opciones**



enviar documentos [HEAdocs@housingall.org](mailto:HEAdocs@housingall.org)

**Fax 732-440-4765**

**MAIL: AHA 59 Broad St, Eatontown NJ 07724**