



# Aplicación PAS-1

## Formulario de Asistencia

Complete la información a continuación. Regístrese en la mesa de registro para recibir asistencia.  
Tenga a mano su identificación.

Tu Seguridad Social

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Apellido, Nombre

---

Número de Seguro Social  
del cónyuge (si corresponde)

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Apellido y nombre del cónyuge

---

Año de nacimiento

--	--	--	--

Dirección de casa actual

Año de nacimiento del cónyuge

--	--	--	--

---

¿Recibió usted beneficios de Discapacidad del Seguro Social Federal? 2023  2024

Estado civil de NJ 2024

---

Estado civil de NJ 2023

---

### Información de Residencia

1a. ¿Era usted propietario (o alquilado) y vivía en la misma residencia principal (casa principal) in New Jersey from January 1, 2024, through December 31 2024? Si la respuesta es “Sí”, complete la línea 1b. Si la respuesta es “Sí”, complete la línea 1b. Si la respuesta es “No”, continúe con la línea 2a.

Si  No

1b. Indique su estado de residencia para todo el año 2024.

No complete las líneas 2a y 2b.

Dueño de casa  Propietario de una casa móvil  Inquilino

2a. Si respondió “No” en la línea 1a, ¿era propietario (o alquilaba) de su vivienda principal en Nueva Jersey el 1 de octubre de 2024?

Si respondió “Sí”, complete la línea 2b. Si responde “No”, PARE.

Si  No

No cumple los requisitos para recibir beneficios de alivio de la propiedad.

No presente esta solicitud.

2b. Indique su estado de residencia al 1 de Octubre de 2024.

Dueño de casa  Propietario de una casa móvil  Inquilino

¿Su propiedad  ¿Tiene más de un propietario (además de usted y su cónyuge/pareja de cuidado infantil)?

¿Tiene más de una unidad?

Bloquear

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lote

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Índice

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Pago de beneficio de Anchor (Todos los demás pagos de beneficios se emitirán mediante cheque)**

Cheque

Depósito directo

Número de ruta bancaria \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_