ASUME

**ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES**

Solicitud de Certificación

Solicito se me expida una certificación de la Administración para el Sustento de Menores.

Nombre del Solicitante: _____
nombre apellido paterno apellido materno

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____
**(Requerido)**

Dirección postal: _____

_____

Teléfono: _____

Número de caso de ASUME (si aplica): _____

Nombre del Padre Custodio (si aplica): _____

Nombre del Padre No Custodio o Ausente (si aplica): _____

Entidad que solicita la Certificación: _____

Propósito: _____

_____

Fecha: _____

**Importante:**

**Al solicitar o recoger la certificación debe traer identificación con retrato y evidencia de su número de seguro social.**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
P.O. BOX 70376 SAN JUAN PR 00936-8376 Tel 1-888-711-0011 0 Fax (787)767-3882