



LA NACION TOHONO O'ODHAM  
**FORMA DE VERIFICACION DE ADULTO**

PROGRAMA DE INSCRIPCIÓN  
 APARTADO DE CORREOS # 250 SELLS, ARIZONA 85634  
 # DE TELÉFONO (520) 383-8700

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Jr., Sr., I, II, III
Numero de Inscripción	Distrito	Fecha de Nacimiento	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
Numero de Seguro Social		Numero de Identificación de Impuestos	

*(Adjunte una copia del seguro social o numero de identificación de impuestos)  
 (Si no tiene Numero de Seguro Social)*

**SECCIÓN II – DOMICILIO Y LUGAR DE RESIDENCIA**

**ATENCION:** Esta dirección será donde su pago de Per Capita o información relacionada será enviada. Si usted reside fuera de los Estados Unidos, inserte la susodicha información de dirección según el sistema de correo del país residente.

Dirección postal \_\_\_\_\_  
 (Domicilio o Apartado Postal, incluye numero de apartamento si se aplica)

\_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**NOTE:** Esta dirección será donde su pago de Per Capita o información relacionada será enviada. Si usted reside fuera de los Estados Unidos, inserte la susodicha información de dirección según el sistema de correo del país residente.

Lugar Residencia: \_\_\_\_\_  
 Ciudad / Comunidad Estado (de País si no Lo EE.UU.)

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III – FIRMA**

Al firmar esta FORMA usted esta certificando bajo pena del perjurio que usted esta legalmente autorizado a firmar esta forma.

\_\_\_\_\_  
 Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Letra

**SECTION IV – VERIFICATION**

La Oficina de Inscripción de la Nación Tohono O'odham verifica que \_\_\_\_\_ es elegible para el pago Per Capita.

97  99  Tercer Pago  Cuarto Pago

\_\_\_\_\_  
 (Oficina de Inscripción) (Fecha)