

## Forma de Actualización de Información

### **CAMBIO DE NOMBRE/ DIRECCION/ TELEFONO / CORREO ELECTRONICO**

Nota: Si su nombre ha cambiado, debe enviar una copia de su nueva tarjeta del seguro social con su nombre completo y un nuevo formulario W9 para poder recibir sus cheques de incentivos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**(Nota:** El nombre debe ser el mismo de su Tarjeta de Seguro Social y del formulario W9.)

Nombre anterior: \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

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

**Nueva** Dirección: \_\_\_\_\_

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

**Nuevo** Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo electrónico anterior: \_\_\_\_\_

**Nueva** Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**ENVIO DE LA FORMA:**

**Envie por Correo Postal esta forma y la documentación de apoyo a:**

IdahoSTARS  
 Attn: PDS Registry  
 4355 W. Emerald St., Ste. 250  
 Boise, ID 83706-2072

**Recuerde adjuntar:**

- Copia de la tarjeta de seguro social con su nombre completo** (si ha cambiado)
- Formulario W9** (si ha cambiado de nombre)

