

## Verificación de declaración de asistencia

### Parte I: Datos sobre el caso

Nombre del caso	Núm. de caso:	Teléfono con código de área de la Agencia del Área
Nombre de la persona que proporciona la asistencia	Teléfono con código de área de la persona que proporciona la asistencia	
Dirección de la persona que proporciona la asistencia		

### Parte II: Asistencia proporcionada

La persona que se menciona arriba afirma que usted proporciona asistencia a su hogar. Para evaluar correctamente la situación del hogar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos necesita información sobre usted. Responda las siguientes preguntas explicando qué asistencia proporcionay devuelva este formulario en el sobre provisto con el porte pagado. Envíe este formulario lleno lo antes posible, a más tardar el

¿Vive esta persona con usted?  Sí  No

¿Usted le da dinero en efectivo a esta persona o cualquier otra persona de este hogar?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿quién recibe el dinero en efectivo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero en efectivo le da? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le da dinero en efectivo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a dar esta ayuda? \_\_\_\_\_

¿Espera que se le devuelva el dinero que ha dado a este hogar?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Brinda usted otro tipo de asistencia a este hogar que no sea dinero en efectivo?  Sí  No

Si respondió que sí, marque todas las opciones que correspondan:  Vivienda  Alimentos  Artículos personales  Transporte

Otro (explique a continuación) \_\_\_\_\_

¿Paga usted alguna de las facturas del hogar?  Sí  No

Si respondió que sí, ¿qué facturas paga? \_\_\_\_\_

¿Quién recibe el pago? \_\_\_\_\_

¿Tiene planes de seguir ayudando a este hogar?  Sí  No

Si respondió que sí, especifique por cuánto tiempo. \_\_\_\_\_

Si respondió que no, ¿a partir de qué fecha dejó o dejará de ayudar al hogar? \_\_\_\_\_

Comentarios

### Parte III. Firmas

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que proporciona la asistencia

\_\_\_\_\_  
Fecha