

PAFS-73
10/13

ESTADO DE KENTUCKY
Gabinete para Servicios de Salud y de la
Familia
Departamento para Servicios Basados en la
Comunidad

Fecha: _____
Número de caso: _____

**VERIFICACIÓN DE CONTRIBUCIONES - PAGOS DE PRÉSTAMO-INQUILINO EN
HABITACIÓN/PENSIONISTA**

Por favor, pida a las personas indicadas que completen este formulario

VERIFICACIÓN DE CONTRIBUCIONES FINANCIERAS

Contribuyo \$ _____ semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, dos veces al mes (marque una opción con un círculo) para _____.

(Fecha) (Firma) (Dirección) (Teléfono)

VERIFICACIÓN DE PRÉSTAMO

Yo, _____, certifico que _____ tiene un préstamo de
(Prestamista) (Prestatario)

\$ _____ para el propósito de _____.

El prestatario acepta devolver el préstamo y los pagos comenzarán/comenzaron el _____ a \$ _____
(Fecha)
por mes y finalizarán el _____. Firma del prestatario _____
(Fecha)

(Fecha) (Firma del (Dirección) (Teléfono)
prestamista)

VERIFICACIÓN DE PAGOS DE INQUILINO DE HABITACIÓN/PENSIONISTA

Yo, _____, pago a _____ el monto de
(Nombre de inquilino de habitación/pensionista) (Jefe de hogar)

\$ _____ mensualmente por casa o comida. En promedio como _____ coidas con el jefe de hogar por día. Certifico que la información que proporcioné es verdadera, según mi leal saber y entender.

(Fecha) (Firma)

ADVERTENCIA: Cualquier persona que ayude a otra persona a obtener asistencia (o beneficios) de forma fraudulenta está sujeta a sanciones establecidas por el Estatuto Revisado de Kentucky (KRS) 194.505(7), KRS 194.90 y las leyes federales, que incluyen multas, prisión o ambas.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan en o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, ideas políticas o

represalia por actividad anterior relacionada con derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (estatal o local) en la que presentaron la solicitud de beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del servicio Federal Relay Service llamando al (800) 845-6136. Además, se puede poner a disposición información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o su carta al USDA a través de:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW,
Washington, DC 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución proporciona iguales oportunidades.

También puede presentar su queja ante el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 E Main St, 5C-D, Frankfort, KY 40621 o llame al (502) 564-7770 EXT. 4107.

Si tiene otras quejas sobre su caso, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo al 1-800-372-2973 u (TTY) 1-800-627-4702.