

Solicitud de Datos

Nombre de Caso: _____
Número de Caso: _____
☐ K-TAP ☐ Solicitud
☐ FS ☐ Renovación
☐ JT ☐ Cambio
☐ MA

Devuelva a: Oficina de Apoyo a la Familia del Condado de: _____
Dirección: _____
Número de Teléfono: 1-855-306-8959
Fecha: _____

Necesitamos verificar los datos acerca de la persona indicada arriba. Él/Ella ha solicitado o está recibiendo beneficios de programas estatales y ha dado el nombre de usted como una persona con quien podemos comunicarnos y quien conoce la situación de él/ella. Por favor devuelva esto al trabajador de caso mencionado arriba una vez terminado. Utilice el dorso de este formulario si necesita más espacio para cualquier información.

Domicilio

¿Cuál es la dirección (incluyendo el condado) y el número de teléfono de esta persona? _____
(Dirección)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado) (Número de Teléfono)

Composición del Hogar

Escriba el nombre de cada persona que vive en esta dirección.

¿Usted es pariente de un miembro del hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Usted es el administrador/propietario de los apartamentos? ☐ Sí ☐ No Si no lo es, no llene la sección del Administrador de los Apartamentos

Sólo para el Administrador/Propietario de los Apartamentos:

Servicios de Vivienda

¿Esta persona paga con su dinero la calefacción o el aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona paga con su dinero otros gastos de servicios además de la calefacción o el aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No

Renta

¿Esta persona alquila? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto paga él/ella por ☐ semana o ☐ mes? _____

¿Esta persona trabaja a cambio del alquiler en lugar de pagarlo? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, ¿cuántas horas por semana? _____

¿El alquiler o parte de este es pagado por otra persona que no es la señalada arriba? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, ¿quién? ☐ HUD Sección 8, ☐ Otra agencia, ☐ Otra persona _____.

¿Cuánto se paga por ☐ semana o ☐ mes? \$ _____

¿Está el cheque escrito sólo a favor del ☐ receptor, ☐ administrador/dueño/propietario, o ☐ ambos?

¿Están incluidos en el alquiler los servicios de vivienda? ☐ Sí ☐ No

Si responde No, ¿se le facturan los servicios de vivienda al receptor? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé.

¿Paga HUD Sección 8 o cualquier otra agencia por todo o parte de los servicios? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, ¿cuánto? \$ _____

¿Esta persona recibió un pago del Programa de Asistencia de Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program (HEAP)) de más de \$20 para la dirección mencionada arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Se descuenta del alquiler el pago de los servicios? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, pago total del inquilino. \$ _____

Advertencia: Cualquier persona que ayuda fraudulentamente a otra a obtener asistencia (o beneficios) está sujeta a penalidades provistas por las leyes estatales y federales, incluyendo multas, encarcelamiento o ambos.

Yo, _____, certifico que los datos contenidos en este formulario son verdaderos y correctos según mi leal saber.
(Por favor escriba su nombre claramente)

Firma de la persona que proporciona esta información: _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____