

DECLARACIÓN DE COSTO HABITACIONAL

Nombre del caso:

Número del caso:

Nombre del trabajador(a):

Número del trabajador(a):

Número de teléfono:

Fecha:

NOTA IMPORTANTE



Es necesario que usted proporcione información adicional a su trabajador a su trabajador(a).

Favor de completar este formulario y regresarlo a su trabajador antes de:

Si necesita más espacio para sus respuestas, favor de adjuntar otra hoja de papel. Debido a que la parte de las firmas ha sido cambiada a la parte de atrás del formulario, favor de firmar y poner la fecha en la segunda hoja.

Dirección:		Nombre del propietario/compañero de cuarto:	
Ciudad:			
Estado:	Código postal:	Número de teléfono del propietario/compañero de cuarto:	
Número de teléfono:			

Nombre	Edad	Parentesco	¿Compran/preparan comida por separado?		Renta que está obligado a pagar	Servicios públicos que está obligado a pagar
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	\$

PROPORCIONE COMPROBANTE DE SUS GASTOS DE RENTA Y SERVICIOS PÚBLICOS



Si usted se ha mudado o si su situación de vivienda ha cambiado, adjunte copias de su nuevo contrato de arrendamiento, o recibos de la renta y/o pagos de servicios públicos.

Fecha en que se mudó o del cambio en su hogar: _____

Parte de la renta que yo pago: _____ Cantidad total de renta: _____

¿Vive usted en una vivienda militar o en una vivienda donde alguien más tiene la administración de la vivienda? Sí No

Enumere a cualquier persona que viva en su hogar y que reciba beneficios del SSI y qué parte de la renta pagan.

Nombre de la persona con beneficios del SSI

Parte de la renta que ellos pagan

DECLARACIÓN DE COSTO HABITACIONAL

Yo pago los servicios públicos a _____

¿Están incluidos en la renta los servicios públicos? Sí No

SERVICIOS PÚBLICOS	¿USTED PAGA?		USADO PARA LA CALEFACCIÓN O AIRE ACONDICIONADO	
Gas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro combustible (como propano, butano, leña, carbón, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Agua	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Basura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Drenaje	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Teléfono u otros medios de comunicación como Internet, etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Yo declare que la información contenida en esta declaración es verdadera, correcta y completa.

Firma del solicitante/beneficiario: _____ Fecha: _____

Firma del propietario/compañero de cuarto

Fecha: