PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS INDIGENTES DEL CONDADO DE BRAZORIA
FORMA DE VERIFICACION DE MANTENIMIENTO

Esta forma debe ser completada por la persona que este ayudando a mantener al solicitante aquí mencionado. Por favor complete toda información pedida abajo, incluyendo el nombre y dirección del solicitante.

Nombre del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

1. Usted es familiar del solicitante, y si es, ¿cual es su relación? _____

2. ¿Vive con Usted esta persona? _____Sí _____No ¿Por cuánto Tiempo?_____

3. ¿El /ella paga renta? _____Sí _____No ¿Cuánto paga? _____

   ¿Luz/agua/gas? _____Sí _____No ¿Cuanto paga? _____

   ¿Teléfono? _____Sí _____No ¿Cuanto paga? _____

4. Si Usted ha pagado recibos a favor de este solicitante indique que clase de recibo era, a quien se le pago y en que fechas: _____

5. Usted le ha ____ **prestado** o ____ **dado** (MARQUE UNO) dinero usted al cliente? _____Sí _____No

   ¿Cuánto? _____ ¿Cuando? _____ ¿Porque?_____

6. ¿El solicitante compra y prepara alimentos aparte de Usted? _____Sí _____No

7. El solicitante esta trabajando? _____Sí _____No Donde? _____

8. Si Usted ha ayudado al solicitante en alguna otra forma, por favor indíquelo (Como/cuando)

   _____

_____ _____ _____
Su nombre Firma Fecha

_____ (_____)_____
Dirección Teléfono

THIS FORM MUST BE NOTARIZED
State of Texas
County of Brazoria County

Before me, a notary public, on this day personally appeared _____.
Known to me to be the person whose name is subscribed to the foregoing instrument(s), and acknowledged to me that he/she executed the same for the purposes and consideration therein expressed.

Given under my hand and seal of office this _____ day of _____, 20_____.

_____ _____
Notary Public My Commission Expires