

Formulario para actualizar la declaración del proveedor de atención domiciliaria conviviente

El proveedor de atención debe completar este formulario.

Nombre del proveedor de atención: _____

ID del caso: _____

Entiendo que, si recibo un pago por dificultad de atención, debo cuidar a alguien con quien vivo.

Marque la casilla que corresponda:

Presto atención y vivo con _____
[destinatario de la atención]

Ya no cuido de: _____
[destinatario de la atención]

Cuido de: _____, pero ya no vivo con dicha persona.
[destinatario de la atención]

Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Nombre del proveedor de atención domiciliaria:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha: _____

Envíelo por correo o devuélvalo en persona al departamento de servicios humanos o servicios sociales de su condado.