

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
Servicios Económicos

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE PAGO POR EL CUIDADO DE UN DEPENDIENTE

### Parte I.

Regresar el formulario a: Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

Nombre del solicitante/beneficiario: \_\_\_\_\_

Caso N.º: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador del DSS: \_\_\_\_\_

### Parte II.

Certifico que al solicitante/beneficiario mencionado anteriormente se le debe facturar o cobrar \$ \_\_\_\_\_

diario  bisemanal  semanal  quincenal  mensual  otro: (explique) \_\_\_\_\_

por el(los) siguiente(s) dependiente(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿SC Voucher paga alguna parte del monto anterior?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Recibo  No recibo beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Recibo  No recibo beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Nombre del cuidador: (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Instructions for DSS Form 1670 SPA**

This form is used to inform the Agency how much an applicant/recipient is paying for dependent care.

### **Part I is completed by the DSS Worker sending this form.**

Nombre del solicitante/beneficiario (Applicant/Recipient's Name): Self-explanatory.

Dirección (Address): The DSS Worker inputs his/her county office's address or the client's local DSS office into this field.

Nombre del trabajador del DSS (DSS Worker's Name): Self-explanatory.

Caso N.º (Case No.): Client's CHIP case number.

Nombre del caso (Case Name): Name of case given in CHIP.

### **Part II is completed by the Dependent Care Provider.**

Nombre del cuidador (Name of Caregiver): Caregiver prints his or her name.

Dirección (Address): Caregiver inputs the address of the location of where dependent care services are provided.

Teléfono (Telephone No.): Caregiver inputs his/her telephone number.

Firma del cuidador (Caregiver's Signature): Self-explanatory.

Fecha (Date): Caregiver inputs the date in which he/she completes the form.