

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programa de Asistencia a la Familia
**FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE PAGOS POR CONCEPTO DE
ALOJAMIENTO CON/SIN COMIDA**

Devuelva el Formulario a:
DSS del Condado de _____

Nombre de Beneficiario: _____
Número de Caso: _____
Nombre de Caso: _____

Nombre del Trabajador(a): _____

Certifico que soy inquilino en el hogar del beneficiario mencionado arriba en la siguiente dirección:

Y: Pago por concepto de alojamiento, pero no por concepto de comida.

Pago una cantidad razonable de dinero por concepto de comida, o comida más alojamiento.

Pago \$ _____ per Semanalmente Mensualmente Otro: (Explique) _____

Yo como _____ comidas al día en este hogar.

Su Nombre: (Por favor, use letra de molde) _____

Firma: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____