

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)
FORMULARIO DE CONTRIBUCIONES**

Para: _____ Nombre del Beneficiario: _____

Dirección: _____ Número del Caso: _____

_____ Nombre del Caso: _____

Por favor, rellene los puntos que se encuentran a continuación y que están relacionados con la persona nombrada arriba. Firme el formulario y devuélvalo al:

Departamento de Servicios Sociales, Condado de _____ .

Dirección: _____

Nombre del Trabajador: _____ Fecha: _____

1. ¿Da usted dinero directamente al beneficiario? Sí No
2. ¿Para cuál propósito se le da el dinero? _____
3. Le da Usted Este Dinero: ¿Semanalmente? ¿Quincenalmente? ¿Mensualmente? ¿Varía?
4. ¿Qué cantidad de dinero le da? _____
5. ¿Cuánto tiempo lleva dándole este dinero? _____
6. Este dinero es: ¿Un Regalo? ¿Un Préstamo? ¿Manutención Infantil? ¿Otro?
7. Si este dinero es un préstamo, ¿cuándo espera que se le devuelva el dinero? _____
8. ¿Esto continuará? Sí No
9. Durante los dos últimos meses, ¿cuánto dinero le dio?

Fecha	Cantidad Dada	Fecha	Cantidad Dada
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

10. ¿Paga usted algunas cuentas directamente por el beneficiario? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál(es)? _____

11. Comentarios: _____

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

Su Firma: _____

Su Número de Teléfono: _____