



Formulario de Verificación de Asistencia

Comuníquese con la clínica NTBHA contratada para obtener más información.

Solicite a la persona con la que vive que firme este formulario.

1. ¿El cliente vive con usted? Sí No **(seleccione la respuesta correcta)**
En caso de que haya marcado SÍ, indique la dirección en la cual residen:

Si la respuesta es NO, indique la dirección en la que vive el miembro:

- _____
- Doy fe de que esta persona ha estado viviendo en la dirección indicada arriba desde _____ (mes/año).
 - Doy fe de que he conocido a _____ durante los últimos _____ (años/meses).
 - ¿Pagan alquiler? Sí No **(seleccione la respuesta correcta)**
 - Si la respuesta es sí, ¿cuál es el importe? \$ _____

2. Doy fe de que esta persona se encuentra:

_____ Empleada en _____ y recibe _____ cada _____
_____ Desempleada y que _____ cubro todas sus necesidades, incluyendo la comida y la casa donde vive.

Comentarios Adicionales:

Entiendo que, al firmar esta carta, el Departamento de Elegibilidad de North Texas Behavioral Health Authority (NTBHA) podrá verificar mis respuestas.

Brindar información falsa o tergiversada en respuesta a cualquier pregunta de esta solicitud o documento presentado con esta solicitud puede dar lugar a sanciones, incluyendo, entre otros, la pérdida de beneficios. También puede ser objeto de acciones legales Federales o Estatales.

Su Nombre: _____ **(en Letras de Imprenta)**

Vínculo con el Miembro: _____

Firma: _____

Fecha de Firma _____ **Teléfono:** _____

Dirección:
