

Condado de \_\_\_\_\_ del Departamento de Servicios para Familias y Niños

**DECLARACION CONTRIBUTIVA**

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

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ref: \_\_\_\_\_  
Solicitante / Recipiente

\_\_\_\_\_  
Número AU

\_\_\_\_\_  
Trabajador de Caso / # de Carga

Estimado Sr./Sra. \_\_\_\_\_

El individuo arriba mencionado ha solicitado asistencia, o está actualmente recibiendo asistencia a través de esta agencia. Para determinar la elegibilidad de su la familia, debemos verificar las contribuciones monetarias que hemos recibido de usted. Por favor complete este formulario con la información solicitada y envíela a esta oficina en el sobre adjunto para el \_\_\_\_\_. Si tiene alguna pregunta respecto a este formulario, favor de llamarme al número que aparece abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador del Caso

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

Yo le doy \$ \_\_\_\_\_ por  semana  mes directamente al individuo arriba mencionado. El dinero que yo doy no es un préstamo y no se me tiene que pagar.

Durante los meses enumerados a continuación, le dí la(s) cantidad(es) siguiente(s):

Cantidad	Mes/Año
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo pago las siguientes cuentas directamente al proveedor a favor del individuo arriba mencionado

Cantidad	Mes/Año	Nombre del Proveedor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Vea el Inverso**

( ) Yo intento / yo no intento continuar dando este dinero a la persona(s) o proveedor(es) arriba mencionada.

Si piensa contribuir, por favor indique la cantidad que piensa dar en el futuro:

\$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_  
(semana/ mes)

Si no piensa contribuir, por favor muestre la última fecha en que dió algún dinero \_\_\_\_\_.

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:

La información proporcionada en este formulario refleja mi contribución total. Si cualquier información se encuentra intencionalmente fabricada o incorrecta puedo ser sujeto a un cargo criminal por dar información falsa y a sabiendas. (Vea Código de Georgia, Sección 49-4-15 para referencia completa)

Entiendo el significado de este párrafo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona completando este formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad                                  Estado                                  Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\*\*\*\*\*