COMMONWEALTH OF KENTUCKY
Cabinet for Health and Family Services
Department for Community Based Services
Division of Child Care *(División de Cuidado Infantil)*

Verificación del Domicilio – Hogar

Nombre de Caso

Número de Caso

Dirección de Caso

Agente de Servicios

Teléfono del Agente de Servicios

Fecha de entrega al Agente de Servicios

Fecha

A QUIEN CORRESPONDA:

REF:

La persona mencionada arriba declara que usted tiene conocimiento de su situación.
FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS EN LA(S) SECCIÓN(ES) MARCADA(S) [ ] LO MEJOR QUE PUEDA.

☐ **DOMICILIO**
Por la presente certifico que _____ vive en _____
(Nombre del receptor) (Dirección)

_____, _____ _____ en _____, con núm. de tel._____.
(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Condado)

☐ **COMPOSICIÓN DEL HOGAR** **[ ] DESCONOCIDO**

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar.

¿Es usted pariente de un miembro del hogar?
[ ] Sí [ ] No

¿Es usted el encargado/arrendador?
[ ] Sí [ ] No

Por la presente certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta según mis conocimientos. Entiendo que si entrego información falsa o oculto información puedo estar sujeto a un procesamiento penal por fraude.

FIRMA DE LA PERSONA QUE
PROPORCIONA LA INFORMACIÓN _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL_____