**Verificación de fuente de ingresos en especie**

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

Agency Name

**Para:**

**Nota para el proveedor en especie:** *Su nombre se ha proporcionado como una fuente de soporte para el cliente mencionado a continuación. Complete este formulario y devuélvalo a la Oficina de Administración de la clínica mencionada al final de este formulario.*

|  |
| --- |
| **Parte I: Verificación de ingresos en especie** |

Actualmente contribuyo con los elementos de soporte que se mencionan a continuación a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Nombre del Cliente)

**Sección A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Vivienda | [ ]  Servicios públicos | [ ]  Alimentación | [ ]  Vestimenta | [ ]  Dinero en efectivo |

Esto es a cambio de servicios o trabajo: [ ]  Sí [ ]  No

He/Hemos proporcionado estos elementos desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Espero/Esperamos proporcionar estos elementos hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Sección B**

Comparto/Compartimos los gastos en especie del hogar: [ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, explique el acuerdo compartido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

El valor total de los elementos del hogar en la siguiente dirección:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vivienda | Servicios públicos | Alimentación | Vestimenta | Dinero en efectivo |
| **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

La cantidad de personas en el hogar en la dirección a continuación es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección C**

La relación del proveedor en especie con el cliente es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Parte II: Verificación de pago de alquiler** |

Se paga alquiler: [ ]  Sí [ ]  No. En caso afirmativo, indique el monto $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma del proveedor en especie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Devuelva este formulario completo dentro de 10 días hábiles desde la fecha mostrada a continuación:**

Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_