

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE NORTH CAROLINA**  
**DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES Y ADULTOS**  
**ASISTENCIA ESPECIAL EN EL HOGAR**

N.º de solicitud SAIH \_\_\_\_\_

N.º de PDC SAIH \_\_\_\_\_

**Certificación de firma**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que:  
(nombre en letra de imprenta)

- Sin las ayudas de Asistencia especial en el hogar, mis ingresos actuales no son suficientes para cubrir todos los gastos necesarios para permanecer en casa de forma segura.
- Para que pueda hacer frente a todos esos gastos es necesario que reciba el importe íntegro de la Asistencia especial en el hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que:  
(nombre del representante legal en letra de imprenta)

- Sin los pagos de la SA-IH, los ingresos actuales de \_\_\_\_\_ no son  
(nombre del solicitante/beneficiario)  
suficientes para cubrir todos los gastos necesarios para permanecer en casa de forma segura.
- El importe íntegro de la Asistencia especial en el hogar es necesario para hacer frente a todos esos gastos necesarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma