

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE NORTH CAROLINA
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DE NORTH CAROLINA
ASISTENCIA ESPECIAL EN EL HOGAR (SAIH)**

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 SAIH, los ingresos actuales de _____ no son suficientes para cubrir todos los gastos necesarios para permanecer en casa de forma segura.
(nombres del solicitante/beneficiario)
- 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