



NC DEPARTMENT OF  
**HEALTH AND  
HUMAN SERVICES**

ROY COOPER • Gobernador

KODY H. KINSLEY • Secretario

YVONNE COPELAND • Directora, División de Bienestar Infantil y Familiar

1 de febrero de 2022

PARA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASUNTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

Estamos revisando si la persona mencionada arriba cumple con los requisitos para recibir asistencia. Esta revisión forma parte del Quality Control Program de la División de Bienestar Infantil y Familiar de North Carolina y es independiente de la revisión realizada por el Department of Social Services del condado.

La información necesaria sobre la situación de vivienda de esta persona figura en el cuestionario adjunto. Complete el cuestionario y envíelo por correo electrónico a [@dhhs.nc.gov](mailto:@dhhs.nc.gov) o por fax a.

Le agradecemos tenga a bien cumplir con lo solicitado cuanto antes.

\_\_\_\_\_  
Analista de Quality Control

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recinto:           Cuestionario

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE NC • DIVISIÓN DE BIENESTAR INFANTIL Y FAMILIAR**

UBICACIÓN: 5601 Six Forks Rd., Raleigh, NC 27609

DIRECCIÓN POSTAL: 2416 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-2416

www.ncdhhs.gov • TEL: 919-707-5639 o 919-830-6530 • FAX: 919-334-1266

UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES/ACCIÓN AFIRMATIVA

N.º de QC \_\_\_\_\_

Se solicita la siguiente información relativa a la situación de vivienda del cliente:

1. ¿Cuál es el importe total del alquiler **cobrado** por la vivienda en la que reside (o residía anteriormente) el cliente? \$ \_\_\_\_\_
- Si esta vivienda es un remolque, ¿incluye el importe del alquiler anterior el alquiler del terreno?  -Sí  -No
- Si la respuesta es "No", ¿a cuánto asciende el alquiler del lote? \$ \_\_\_\_\_

2. Rellene el siguiente cuadro para mostrar el importe del alquiler total pagado por usted (o su Agencia) y el importe del alquiler total que el cliente es **responsable** de pagar.  
**Nota: Si no hay subvención/ayuda de usted/su organismo, indique el importe que el cliente debe pagar.**

<u>Mes/año</u>	<u>Parte del subsidio</u>	<u>Parte del cliente</u>
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

3. ¿Cómo se calefacciona/refrigera la vivienda? \_\_\_\_\_
4. ¿Es el cliente responsable de sus gastos de calefacción o refrigeración?  -Sí  -No
- Si la respuesta es "No", ¿quién es el responsable? \_\_\_\_\_

Si tiene algún comentario o si se produjo algún cambio de los indicados anteriormente, explíquelo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_