

CONTRIBUTION FORM

(Favor lea detenidamente la siguiente informacion, complete y firme al final)

Fecha: _____

Nombre/Número del Caso _____

Señor(a) _____,

Estamos tratando de determinar si usted le da dinero a alguna de las siguientes personas:

Favor responda las siguientes preguntas y devuelva esta carta antes de _____

Firma de la Trabajadora (Caseworker's signature)

Teléfono (phone number)

1. ¿Es usted el padre o la madre de alguna de las personas nombradas en la parte de arriba? Si No Si su respuesta es Si, escriba sus nombre _____
2. ¿Usted le da dinero a alguna de las personas nombradas en la pregunta número 1? Si No Sí su respuesta es no, continúe en la pregunta número 6.
3. ¿Para quién es el dinero? _____
4. Si usted les da dinero, ¿cuánto dinero les da? \$ _____
 - a. ¿Cada cuando les da dinero? _____
 - b. ¿Qué día a la semana? _____
 - c. ¿Cuánto dinero les dió en _____? \$ _____
 - d. ¿Cuánto dinero les dió en _____? \$ _____
 - e. ¿Cuánto dinero les dió en _____? \$ _____
5. ¿El dinero que usted les ha dado es un prestamo? Si No
6. Si usted dejó de darle dinero a alguna de las personas nombradas al comienzo de esta carta, ¿cuándo fue la última vez que usted les dió dinero? _____
7. ¿Usted paga dinero a la corte por alguna de las personas mencionadas en la parte de arriba de esta carta? Si No Si sí lo hace, escriba el nombre de las personas por las cuales usted paga _____
8. ¿Usted paga o ayuda a pagar la renta o la hipoteca (mortgage)? Si No
 - a. Si usted ayuda a pagar la renta o la hipoteca, ¿a quién le da el dinero? _____
 - b. ¿Cuánto paga? \$ _____
9. ¿Usted paga o ayuda a pagar las siguientes cuentas/recibos (bills)?

	YES	NO	¿Cuánto paga?	¿A quién le da el dinero?
a. Electricidad	_____	_____	_____	_____
b. Gas	_____	_____	_____	_____
c. Agua	_____	_____	_____	_____
d. Teléfono	_____	_____	_____	_____
e. Otros	_____	_____	_____	_____
10. Favor dar nombre, dirección y teléfono de alguien mas que ayude a la familia _____
11. Favor de escribir en el siguiente espacio la información sobre seguro médico, de accidentes o de vida en la que usted tenga a algún miembro de la familia:

Nombre de la Compañía	Número de Poliza o Grupo	Número de Certificado	Tipo de Cobertura	Miembro de la familia que esta asegurado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Fecha _____ Su firma _____ # telefónico _____

Su dirección _____

Casehead: _____
County Case: _____