

Usted debe completar este formulario si tiene ingresos bajos o no tiene ingresos, si se encuentra desempleado o si tiene pendiente una petición de beneficios por discapacidad. Este formulario debe ser completado por la(s) persona(s) que lo mantiene(n).

Yo, _____, brindo alimentos y alojamiento a la
(nombre de la persona que mantiene al solicitante, en imprenta)

persona indicada a continuación, además de satisfacer otras

de sus necesidades básicas: _____.
(nombre del solicitante, en imprenta)

- Dejo constancia de que SÍ declaro al solicitante como dependiente al pagar los impuestos al ingreso.

- Dejo constancia de que NO declaro al solicitante como dependiente al pagar los impuestos al ingreso.

Nombre de la persona que mantiene al solicitante: _____

Parentesco o vínculo: _____

Domicilio de la persona que mantiene al solicitante: _____

Teléfono de la persona que mantiene al solicitante: _____

Tipo o monto de la asistencia que brinda: _____

Firma de la persona que mantiene al solicitante: _____

Fecha: _____

