TEXAS Health and Human Services Commission

Date
Advisor
Office Address
Telephone No.

Assistance Statement Verification

Case Name	Case No.

The person named above states that you provide help to his/her household. To correctly evaluate the household's situation, the Texas Health and Human Services Commission needs information from you. Please answer the following questions explaining what help you provide and return the form in the postage paid envelope provided. Please return it as soon as possible, but no later than _____.

Does this person live with you?..... ☐ **Yes** ☐ **No**

Do you give anyone in the household cash?..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", who do you give money to? _____ How much? _____

How often do you give them money? _____ When did you begin providing this help? _____

Do you expect them to pay the money back? ..... ☐ **Yes** ☐ **No** If "Yes", when? _____

Do you provide any assistance for the household that is not in cash?..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", what type? (check all that apply)

☐ shelter ☐ food ☐ personal items ☐ transportation ☐ other (please explain below):

_____

Do you pay any of their bills?..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", which bills? _____

If "Yes", who do you give the money to? _____

If paid by check or money order, who do you make it out to? _____

Do you plan to continue providing assistance to this household? ..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", how long? _____ If "No", date of last assistance. _____

Comments: _____

_____

Name

_____ Signature _____ Date

Address	Telephone No.

TEXAS Health and Human Services Commission

Fecha
Consejero
Dirección
Teléfono

Verificación de declaración de asistencia

Nombre del caso	Núm. del caso

La persona mencionada anteriormente afirma que usted ayuda a su unidad familiar. Para evaluar correctamente la situación de la unidad familiar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas necesita información de usted. Por favor, conteste las siguientes preguntas explicando qué ayuda ofrece usted y devuelva la forma en el sobre provisto que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar para el _____.

¿Vive esta persona con usted?..... ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Le da usted dinero en efectivo a alguien de la unidad familiar?..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", ¿a quién le da dinero? _____ ¿Cuánto le da? _____

¿Con qué frecuencia le da dinero? _____ ¿Cuándo empezó a dar esta ayuda? _____

¿Espera que le paguen el dinero? ..... ☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", ¿cuándo? _____

¿ Ofrece alguna ayuda a la unidad familiar que no sea dinero en efectivo?..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", ¿qué tipo? (marque todas las opciones que sean pertinentes)

☐ vivienda ☐ alimentos ☐ artículos personales ☐ transporte ☐ otro tipo (por favor, explique a continuación):

_____

¿Paga usted alguna de sus cuentas? ..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", ¿cuáles cuentas? _____

Si contesta "Sí", ¿a quién le da el dinero? _____

Si paga con un cheque o giro postal, ¿a nombre de quien lo hace? _____

¿ Tiene planes de seguir dando asistencia a esta unidad familiar? ..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", ¿por cuánto tiempo? _____ Si contesta "No", dé la fecha de la última ayuda. _____

Comentarios: _____

_____

Nombre

_____ Firma _____ Fecha

Dirección	Teléfono