

# Declaración de Contribución

## Comunicarse Con el Departamento

**Correo:** P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026

**Teléfono:** 1-877-456-1233

**Fax:** 1-866-434-8278

**En línea:** healthandwelfare.idaho.gov

### Para ser completado y firmado por la persona que realiza la aportación o préstamo

Indique a continuación el tipo de ayuda que usted está o estará proporcionando a:

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Número de caso (si se conoce) \_\_\_\_\_

Ayuda que ofreció o pagó	Fecha en que la ofreció o pagó	Propósito o razón por el que la ofreció o pagó	Cantidad que ofreció o pagó	¿Con qué frecuencia se ofreció o pagó	Espera continuar	¿Es un préstamo?	¿Tiene un Acuerdo de Reembolso?
<input type="checkbox"/> Dinero / Dinero en efectivo directamente a ellos					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pagado el alquiler directamente a su propietario					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> A cargo de sus servicios directamente a la empresa del servicio público					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Darles un lugar para vivir conmigo					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> La factura se pagó directamente a: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> La factura se pagó directamente a: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> La factura se pagó directamente a: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**NOTA:** Código de Idaho 56-227 "Cualquier persona que ayuda o incita a otro valiéndose de declaraciones o representaciones falsas verbalmente o por escrito, será castigado como si fuera hurto". Al firmar abajo usted certifica que la información es verdadera y correcta.

Nombre impreso de la persona que proporciona la ayuda:	Relación con el cliente:	Teléfono de día
Dirección	Dirección de correo (si es diferente)	
Firma de la persona que proporciona la ayuda:	Fecha	