

~~CONFIDENTIAL~~

~~CONFIDENTIAL~~

Gross Income Received (Ingreso Bruto) ~~EEGR~~

Gross Income Received (Ingreso Bruto) ~~EEGR~~

Gross Income Received (Ingreso Bruto) ~~EEGR~~

Gross Income Received (Ingreso Bruto) ~~EEGR~~

~~CONFIDENTIAL~~ ~~CONFIDENTIAL~~ (Firma del Solicitante)

(Fecha)

~~CONFIDENTIAL~~

~~CONFIDENTIAL~~



DEBE COMPLETAR y FIRMAR ESTE FORMULARIO!!!! Si este formulario no se firma y se devuelve, su solicitud NO será procesada..

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS
Household Status Verification Form



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH
(subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificaron de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha



Texoma Council of Governments

1117 Gallagher Dr, Suite 200

Sherman, TX 75090

Autorización para la entrega

Fecha: _____

Submit To: CoServ

Grupo de compromiso

Nombre del cliente: _____ **Número de cuenta:** _____

Dirección de servicio: _____

Yo, _____, autorizo a CoServ a revelar información sobre mi
(Nombre del cliente aquí)

cuenta al Consejo de Gobiernos de Texoma. Yo, _____, autorizo esta revelación hasta por un año
(Iniciales del cliente)

a partir de la fecha antes mencionada. ****Esta autorización no es transferible.****

Firma del cliente: _____

Nombre del trabajador social: _____

Número de teléfono de contacto del trabajador social: _____