



Southwest Ohio  
County Departments of Job & Family Services

Agencia del Condado: Hamilton County Department of Job & Family Services  
Dirección: 222 E. Central Parkway - Cincinnati, OH 45202  
Teléfono: (513) 946-1000  
Fax: (513) 946-1076  
Sitio Web: www.hcjfs.org

## VERIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR/ REFUGIO/ SERVICIOS PÚBLICOS

### PARTE I: Información del caso: Para ser completada por EL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y SERVICIOS FAMILIARES DEL CONDADO

Nombre del solicitante:	Número del caso:	Trabajador de casos:	Teléfono del trabajador:	Fecha enviado:
-------------------------	------------------	----------------------	--------------------------	----------------

### PARTE II: Divulgación de información: Para ser leído y firmado por el INQUILINO

Nombre del propietario de mi es: \_\_\_\_\_

Dirección del mi casero es: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de mi casero es: \_\_\_\_\_

*Mi firma a continuación significa que le doy permiso a la persona que se indica seguidamente llenar en este formulario toda la información que se pide sobre mí. Entiendo que esta información se usará para establecer si cumplo con los requisitos para la asistencia pública. También le doy permiso al Departamento de Empleo y Servicios Familiares contactar a esta persona para aclarar cualquier información contenida en este formulario.*

Firma de el inquilino:	Teléfono:	Fecha:
------------------------	-----------	--------

### PARTE III: Información de la composición del hogar: Para completarse por:

- DUEÑO DE LA PROPIEDAD/GERENTE DE LA PROPIEDAD; o  
 PERSONA QUE NO ES MIEMBRO DE LA FAMILIA NI VIVE EN EL HOGAR

En cuanto a la dirección de: \_\_\_\_\_ OH \_\_\_\_\_  
Calle dirección ciudad código postal

Escriba el nombre de todos los individuos que viven en esta dirección: (incluyendo a los niños)

Use el dorso de este formulario si necesita más espacio.

Nombre	Apellido	Relación con el inquilino	Fecha de nacimiento (opcional)	Fecha que el/ella comenzó a vivir en la dirección antes mencionada

### PARTE IV: Información del Inquilino/Renta/Servicios Públicos: Para ser completado ÚNICAMENTE POR EL DUEÑO O GERENTE DE LA PROPIEDAD.

Nombre(s) del inquilino(s) que firmó el acuerdo de arrendamiento: (nombre y apellido)	Nombre	Apellido		
	Nombre	Apellido		
Dirección:	Apt. o núm. de piso:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Escriba la cantidad total de renta mensual que se le cobra al inquilino. <b>NO</b> incluya moras, penalidades, cuotas opcionales, renta de lote ni subsidios.)	\$	Tipo de estructura: <input type="checkbox"/> Residencia unifamiliar <input type="checkbox"/> Edificio de aptos. <input type="checkbox"/> Duplex <input type="checkbox"/> Hogar móvil	Marque cuál de las siguientes debe el inquilino pagar por sí mismo: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Está subsidiada la renta? <input type="checkbox"/> No; <input type="checkbox"/> Sí - Si es sí, cantidad total de subsidio mensual:	\$	Si es móvil, renta del lote del inquilino: \$ _____		
¿Recibe el inquilino un cheque de reembolso por servicios públicos? <input type="checkbox"/> No sé; <input type="checkbox"/> No; <input type="checkbox"/> Sí - Si es sí, escriba la cantidad:	\$	<input type="checkbox"/> Otro _____		

### PARTE V: SUSTANTIVO FIRMA

**Mi firma a continuación indica que yo completé este formulario y es fiel según mi leal saber y entender.**

Firma de la persona que llena el formulario:	Dirección:	Teléfono:	Fecha:
--	------------	-----------	--------

¿Es usted el/a dueño/a o gerente de la propiedad?  No;  Sí  
¿Es usted otra persona que no sea el/la dueño/a o gerente de la propiedad?  No;  Sí  
Si es sí, especifique la relación: \_\_\_\_\_