



CERTIFICADO DE DIFICULTADES FINANCIERAS

ÁREA DE SERVICIO DEL CONDADO – FORMULARIO 998-B

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Esta sección a continuación debe llenarse por el Titular de la Cuenta de Área de Servicio del Condado

NÚMERO DE CUENTA	DIRECCIÓN DEL SERVICIO		
NOMBRE DE TITULAR DE CUENTA	PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO PRIMARIO		
Fecha de la factura de la cual se solicita el acuerdo de pago	Monto de factura del cual se solicita un acuerdo de pago		
¿Cuáles de las siguientes formas de asistencias están siendo actualmente utilizadas por el hogar?	Marque todas las que apliquen	¿Se presentó evidencia?	Formas aceptadas de prueba de cobertura
<p>MEDI-CAL</p> <p>SSI/SSP</p> <p>Cal WORKS</p> <p>CalFresh</p> <p>ASISTENCIA GENERAL</p> <p>WIC</p> <p>NINGUNA</p> <p><i>Si no hay asistencia de un programa sírvase llenar el formulario 998-B2, la declaración de ingresos del hogar</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>SSI/SSP = Beneficios de seguridad social Carta de verificación</p> <p>MEDI-CAL, CALWORKS, CALFRESH, ASISTENCIA GENERAL = Condado de Sta Cruz Aviso de acción del departamento de servicios sociales</p> <p>WIC-Tarjeta</p>

CERTIFICADO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Yo, el aquí firmante, declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las Leyes del Estado de California que, soy el beneficiario de la asistencia indicada anteriormente y que he facilitado evidencia de esto, y que soy un miembro del hogar de la dirección de servicio indicada anteriormente.

Firma del beneficiario de la asistencia

CERTIFICADO DE TITULAR DE CUENTA DE AGUA DE CSA

Yo, el aquí firmante, declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las Leyes del Estado de California que, el beneficiario nombrado anteriormente es un miembro del hogar en la dirección de servicio indicada anteriormente.

Firma del beneficiario de la asistencia

SOLO PARA USO DE OFICINA

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN	RECIBIDO POR	¿ESTÁ COMPLETO?