



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND**  
**INSTRUCCIONES PARA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**



**1. Tiene una cita para ver a un trabajador social**

- a. Prepare y reúna sus documentos, obtenga la lista de artículos en el paquete juntos
- b. Si tiene preguntas anótelas, un especialista lo llamará dentro de una semana antes de su cita para recoger sus documentos y responder preguntas sobre documentos.

**2. Por favor revise el correo electrónico de su cita, se adjuntan los documentos que debe completar, también estarán en nuestro sitio web en breve.**

- a. Haga clic en los documentos
- b. Imprima o complete electrónicamente los formularios adjuntos y guárdelos.

**3. Un Especialista de Servicios Sociales te llamará para recoger tus documentos**

- a. Llamarán para verificar que sus documentos básicos primarios/secundarios requeridos estén completos
- b. Le darán instrucciones sobre cómo enviar los documentos por correo electrónico, en persona o por fax.
- c. Ellos confirmarán su cita con su trabajador social
- d. Los documentos básicos primarios y secundarios deben completarse y enviarse al especialista que se le asignó; de lo contrario, su cita con el administrador de casos puede reprogramarse o cancelarse.
- e. Si un documento o pregunta no corresponde, no lo deje en blanco, escriba N/A o 0

**4. Envíe sus documentos antes de su cita (dentro de los 3 días o menos de haber sido llamado por el especialista)**

**5. Estar disponible en la fecha y hora de su cita para que el trabajador social lo llame/webex/se reúna en persona para ser evaluado e identificar qué asistencia financiera califica para usted.**

**6. Tenga en cuenta que la presentación de su paquete/documentos completos no garantiza la financiación/los servicios, pero es un requisito para que el trabajador social pueda evaluar los servicios.**

**Rosenberg Office**

4520 Reading Rd., Suite A-900  
Rosenberg, TX 77471  
Phone: 281-238-3502 Fax: 281-342-0557

**Missouri City Office**

307 Texas Parkway, Suite 235  
Missouri City, TX 77459  
Phone: 281-403-8050 Fax: 291-342-0557



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND**  
Documentación Básica requerida para Asistencia

**PRUEBA DE IDENTIDAD Y RESIDENCIA EN EL CONDADO (Obligatorio para todos)**

Licencia de conducir, identificación del estado de Texas, pasaporte o tarjeta de residencia **para todos los miembros del hogar** mayores de 18 años

**PRUEBA DE INGRESOS Y/O BENEFICIOS (Obligatorio para todos)**

Comprobante de ingresos y/o beneficios **para todos en el hogar** mayores de 18 años, durante los últimos 30 días a partir de la fecha de su cita. Los documentos aceptables para ingresos/salarios incluyen:

- Talones de cheques de pago (1 talón si se paga mensualmente, 2 talones si se paga quincenalmente, 4 talones si se paga semanalmente)
- Cartas de adjudicación recientes y no vencidas para SSI, beneficios del Seguro Social, beneficios por discapacidad, manutención infantil, TANF, WIC, SNAP, cupones para alimentos, beneficios de desempleo
- Carta del empleador, talones/carta de jubilación, Pensión VA, etc.
- Si se paga a través de una tarjeta o aplicación (un historial de transacciones o depósitos de esa tarjeta durante los últimos 30 días para mostrar los depósitos/ingresos).
- Si es Autónomo, un formulario de declaración de trabajo por cuenta propia.

**PRUEBA DE DESEMPLEO (Obligatorio para todos)**

- Si alguien en el hogar tiene 18 años de edad o más y está en la escuela, traiga prueba de registro escolar.
- Formulario de autodeclaración de desempleo (los clientes desempleados deben registrarse con Texas Workforce)
- Si el cliente está bajo el cuidado de un médico, está discapacitado y/o no puede trabajar por razones médicas, una nota/carta del médico que incluya un resumen médico del grado de deterioro de la función que impide el empleo, y por cuánto tiempo, debe ser proporcionada y firmada por el médico del cliente.



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND**  
Documentación Básica requerida para Asistencia

**PRUEBA DE GASTOS (Obligatorio para Todos)**

- Informe de historial de transacciones bancarias (Actividad de la cuenta bancaria) y/o recibos de facturas pagadas por gastos del hogar (como alquiler/hipoteca, electricidad, agua, gas, seguro de automóvil, seguro de casa/apartamento, préstamos, facturas de tarjetas de crédito, internet, teléfono, pagos de automóvil, alimentos, gasolina, facturas médicas pagadas, reparaciones de automóviles, etc.) que se utilizarán para agotar sus ingresos contra sus gastos dentro de los últimos 30 días a partir de su cita.

**CONSENTIMIENTOS (Requerido para Todos)**

- Formulario de consentimiento del cliente HMIS
- Formulario de consentimiento del cliente ACAM
- Formulario de consentimiento del cliente FBCCIS

**Documentos secundarios adicionales requeridos en base a la asistencia financiera necesaria a continuación:**

**Asistencia con la renta (obligatorio si solicita asistencia con la renta)**

- Contrato de arrendamiento firmado actual a nombre del cliente
- Formulario de Renta/Hipoteca de Servicios Sociales
- W-9 (si el propietario aún no está registrado en Servicios Sociales)
- Si es elegible para la financiación de HUD, es posible que se requieran documentos adicionales como la tarjeta de seguro social y los impuestos.

**Asistencia Hipotecaria (Obligatorio si solicita Asistencia Hipotecaria)**

- Declaración de hipoteca actual
- Formulario de Renta/Hipoteca de Servicios Sociales
- W-9 (si el propietario aún no está registrado en Servicios Sociales)
- Si es elegible para la financiación de HUD, es posible que se requieran documentos adicionales como la tarjeta de seguro social y los impuestos.



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND**  
Documentación Básica requerida para Asistencia

**Asistencia de utilidades (obligatorio si solicita asistencia de utilidades)**

- Facturas actuales y 2 anteriores/pasadas (se requiere una factura completa con el historial de uso de la cuenta, incluido el anverso/reverso de la factura, ya que la actividad de uso debe ser visible) y a nombre del cliente
- Formulario de autorización de utilidades
- Si es elegible para la financiación de HUD, es posible que se requieran documentos adicionales como la tarjeta de seguro social y los impuestos.

**Asistencia con medicamentos (obligatorio si solicita asistencia con medicamentos)**

- Prescripción original del médico/hospital o frascos de prescripción con recargas disponibles a nombre del cliente

**Asistencia con cupones de alimentos: (obligatorio si solicita asistencia con alimentos)**

- Traiga la carta de adjudicación/negación de SNAP o la tarjeta de SNAP (si recibe o ha solicitado SNAP)

**Refugio de emergencia y realojamiento rápido (obligatorio si solicita refugio de emergencia/RRP)**

- Formulario de autodeclaración de estado de vivienda
- Formulario de Verificación de Apoyo/Refugio
- Si es elegible para la financiación de HUD, es posible que se requieran documentos adicionales como la tarjeta de seguro social y los impuestos.

**Nota: La presentación de todos los documentos completos, aunque es obligatorio, no garantiza la financiación. El cliente aún debe ser evaluado por el trabajador social para determinar su elegibilidad para recibir apoyo financiero.**



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND**



**Por favor complete este paquete en su totalidad. Si un documento dentro del paquete no se aplica a usted, escriba N/A en el documento. (Todo lo que esté en blanco se asumirá como incompleto)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Quién (nombre de la organización y de la persona) lo refirió a los Servicios Sociales del Condado de Fort Bend? Referido por: \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que solicita asistencia financiera?    Sí    No    No recuerdo

**Indique los nombres y la fecha de nacimiento de todas las personas que viven en su hogar:**

Nombre(s) de los miembros de la familia dentro del hogar:	Fecha de nacimiento:

¿Te has visto afectado por el Covid?     Sí     No     No sé

Si es así, ¿cómo te ha afectado el Covid? \_\_\_\_\_

¿Es usted un veterano de los EE. UU.?     Sí     No

¿Eres un sobreviviente del crimen?     Sí     No

Para la elegibilidad del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), ¿algún adulto en el hogar tiene una tarjeta de seguro social?     Sí     No     No sé

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La presentación de documentos no garantiza los servicios/fondos, pero se requiere que el trabajador social los vea para obtener ayuda.**

**FOR OFFICE USE ONLY: CDBG/ESG FUNDING:** WAS THE PROPERTY BUILT BEFORE 1978?  Yes  No ARE FCAD PROPERTY TAXES

PAID TO THE CITY OF (MO CITY, HOUSTON, WESTON LAKES, PEARLAND?)  Yes  No HAS CLIENT RECEIVED CDBG OR TRA ASSISTANCE IN

THE PAST 3 YEARS?  Yes  No IF YES LAST DATE RECEIVED?

\_\_\_\_\_ FOR HOW MANY MONTHS? \_\_\_\_\_



# Certificación de dificultades financieras debido al COVID-19

*Para completar a la solicitud de una agencia*

*Destinado para hogares sin prueba de dificultades financieras a través de la solicitud de desempleo, carta de terminación / baja, etc.*

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante o identificador único: \_\_\_\_\_

Nombre de agencia: \_\_\_\_\_

Certifico que mi hogar ha experimentado dificultades financieras debido al COVID-19. Al menos un miembro de mi hogar ha experimentado lo siguiente (seleccione todos los que correspondan):

- Terminación del empleo
- Reducción severa en salarios u horas
- Pérdida de ingresos o negocios por cuenta propia.
- Aumento de la carga de costos (alimentos, servicios públicos, gastos inesperados relacionados con COVID)
- Dificultad para mantener alojamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, certifico que toda la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se verificará en la medida de lo posible; Entiendo que conocer la información falsa presentada puede constituir fraude.

\_\_\_\_\_

Firma de un miembro del hogar

\_\_\_\_\_

Fecha

## HMIS - CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD) requiere el uso de un Sistema de Información para la gestión de personas sin hogar (HMIS) para las agencias que reciben ciertos tipos de financiamiento de HUD. Otras fuentes de financiación también pueden requerir la participación del programa en HMIS. Este sistema no está conectado electrónicamente a HUD y solo lo utilizan las agencias autorizadas. Todas las personas que acceden a HMIS han recibido capacitación sobre confidencialidad y han firmado acuerdos para proteger la información personal de los clientes y limitar su uso de manera adecuada. La Política de Privacidad de HMIS está disponible a pedido y está publicada en el sitio web del Coalition for the Homeless ([www.homelesshouston.org/HMIS](http://www.homelesshouston.org/HMIS)). Cualquier acuerdo de intercambio de datos adicional, que brinde detalles sobre cómo la agencia miembro maneja la información del cliente más allá de la Política de Privacidad de HMIS de referencia, está disponible en los sitios de servicio de la agencia.

Doy permiso a la agencia que se indica a continuación para recopilar e ingresar información en HMIS sobre mí y mi hogar, que puede incluir datos demográficos, fotos, información de salud y servicios que recibo de las agencias participantes. Entiendo que el HMIS es compartido y utilizado por agencias autorizadas en mi comunidad con el propósito de:

- Evaluar las necesidades de los clientes para brindar una mejor asistencia y mejorar sus situaciones actuales o futuras.
- Mejorar la calidad de la atención y el servicio para las personas necesitadas.
- Seguimiento de la eficacia de los esfuerzos de la comunidad para satisfacer las necesidades de las personas que han recibido asistencia.
- Informar datos a nivel agregado que no identifique a personas específicas o su información personal.

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a revisar mi registro HMIS con un usuario autorizado.
- Todas las agencias que usan HMIS tratarán mi información con respeto y de manera profesional y confidencial.
- Las personas/organizaciones no autorizadas no pueden obtener acceso a mi información sin mi consentimiento.
- Si no firmo este formulario, no cambiará si puedo o no recibir servicios de la agencia que se indica a continuación y de cualquier otra agencia participante. Sin embargo, necesitaría comunicarme con cada una de esas agencias directamente para solicitar asistencia y para una determinación de elegibilidad.
- Esta autorización permanecerá vigente a partir de la fecha de mi firma a continuación.
- Que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la agencia que se indica a continuación. También entiendo que la revocación por escrito debe estar firmada y fechada después de la fecha de esta autorización. Las revocaciones no afectarán ninguna acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_



**DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
DEL CONDADO DE FORT BEND  
INFORME DE GASTOS**



**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación del cliente:** \_\_\_\_\_

<b>CATEGORÍA</b>	<b>MONTO REAL MENSUAL</b>
<b><u>INGRESO:</u></b>	
Salarios y Bonos	
Ingresos Diversos	
<b>Ingresos Totales</b>	
<b><u>GASTOS:</u></b>	
<b>CASA:</b>	
Hipoteca o Renta	
Seguro de Propietarios/Inquilinos	
Impuestos de Propiedad	
Reparaciones del Hogar/Mantenimiento/ Cuotas de HOA	
<b>UTILIDADES:</b>	
Electricidad	
Agua y Alcantarillado	
Gas Natural o Petróleo	
Teléfono (Fijo, Celular)	
<b>COMIDA:</b>	
Comestibles	
Comer Fuera, Almuerzos, Meriendas	
<b>OBLIGACIONES DE FAMILIA:</b>	
Manutención de los Hijos	
Pensión Alimenticia	
Guardería, Niñera	
<b>SALUD Y MÉDICA:</b>	
Seguro (Médico, Dental, de la Vista)	

Gastos médicos no reembolsados, copagos	
Fitness (Yoga, Gimnasio)	
<b>TRANSPORTE:</b>	
Pagos de Automóviles	
Gasolina/Petróleo	
Reparaciones de Automóviles/Mantenimiento/Tarifas	
Seguro de Auto	
Otros Transportes (peajes, bus, metro, taxis)	
<b>PAGOS DE DEUDAS:</b>	
Tarjetas de Crédito	
Préstamos Estudiantiles	
Otros Préstamos	
<b>ENTRETENIMIENTO/RECREACIÓN:</b>	
Televisión por cable/Videos/Películas	
<b>MASCOTAS:</b>	
Comida	
Aseo, Embarque, Veterinario	
<b>ROPA:</b>	
<b>VARIADO:</b>	
Artículos de Tocador, Productos para el Hogar	
Aseo (Pelo, Maquillaje, Otro)	
Gastos Misceláneos	
<b>Gastos Totales</b>	
<b>Excedente o Escasez (ingresos gastables menos gastos totales)</b>	

\* Adjunte su historial de transacciones bancarias y/o facturas pagadas con recibos de los últimos 30 días.

Certifico que la información anterior y cualquier otra información que he proporcionado al solicitar asistencia a través de la División de Servicios Sociales del Condado de Fort Bend es verdadera, precisa y completa.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE FORT BEND  
AUTODECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE DESEMPLEO



Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

- Hogar sin hijos dependientes (completar un formulario por cada adulto en el hogar)
  - Hogar con hijos a cargo (completar un formulario por hogar)
- Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

**Esto es para certificar que la persona o el hogar mencionado anteriormente está actualmente desempleado, en base a la siguiente y otra información indicada y la declaración firmada por el solicitante.**

**Marque solo uno:**

- Actualmente estoy desempleado y no estoy recibiendo Beneficios del Seguro de Desempleo.
- Actualmente estoy desempleado y estoy recibiendo \$ \_\_\_\_\_ por semana en Beneficios del Seguro de Desempleo.

**Certifico que la información anterior y cualquier otra información que haya proporcionado al solicitar Asistencia a través del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Fort Bend es verdadera, precisa y completa.**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Staff Certification**

I understand that third-party verification is the preferred method of certifying unemployment for an individual who is applying for Assistance. I understand self-declaration is only permitted when I have attempted to but cannot obtain third party verification.

*Documentation of attempt made for third-party verification:*

---



---



---



---

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





CONDADO DE FORT BEND  
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

**Formulario de Autorización**

**Autorización para el acceso en línea a la información de la cuenta con TXU**

Yo, el cliente de TXU Energy ("Cliente") que suscribe, autorizo a la Agencia de Asistencia de TXU Energy ("Agencia") a obtener acceso en línea a la información de mi cuenta de TXU Energy con el fin de obtener mi historial de facturación de 12 meses, 12- el historial de pago mensual y el saldo de la cuenta ("Información de la cuenta") para ser utilizados con el único propósito de determinar mi elegibilidad para participar o recibir beneficios con la Agencia. La información de la cuenta puede incluir la obtención de una copia del estado de cuenta si es necesario para prestar los servicios.

Entiendo que la Información de la cuenta obtenida por la Agencia puede contener información personal o de identificación personal, y que la Agencia (y no TXU) es la única responsable de la confidencialidad y seguridad de la información obtenida en mi nombre.

**Autorización para el acceso en línea a la información de la cuenta con Reliant Energy.**

Yo, el cliente de Reliant Energy ("Cliente") que suscribe, por la presente autorizo a la Agencia de Asistencia de Energía ("Agencia") a obtener acceso en línea a la información de mi cuenta de Reliant Energy con el fin de obtener mi historial de facturación de 12 meses, historial de pago, un saldo de cuenta ("Información de la cuenta") que se usará con el único propósito de determinar mi elegibilidad para participar o recibir beneficios con la Agencia..

Entiendo que la Información de la cuenta obtenida por la Agencia puede contener información personal o de identificación personal, y que la Agencia (y no Reliant Energy) es la única responsable de la confidencialidad y seguridad de la información obtenida en mi nombre.

**Autorización para obtener información de cuenta con Green Mountain Energy**

Yo, el cliente de Green Mountain Energy ("Cliente") que suscribe, autorizo a la Agencia de Asistencia Energética ("Agencia") a solicitar y recibir información de cuenta de Green Mountain Energy con el fin de obtener mi historial de facturación de 12 meses, 12- el historial de pago mensual y el saldo de la cuenta ("Información de la cuenta") para ser utilizados con el único propósito de determinar mi elegibilidad para participar o recibir beneficios con la Agencia.

Entiendo que la Información de la cuenta obtenida por la Agencia puede contener información personal o de identificación personal, y que la Agencia (Green Mountain Energy) es la única responsable de la confidencialidad y seguridad de la información obtenida en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

Service Address (Dirección de Servicio):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Energy Assistance Agency: Fort Bend County Social Services



DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE FORT BEND  
AUTODECLARACIÓN DE ESTADO DE VIVIENDA



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

- Hogar sin hijos dependientes (completar un formulario por cada adulto en el hogar)
  - Hogar con hijos a cargo (completar un formulario por hogar)
- Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

**Esto es para certificar que la persona o el hogar mencionado anteriormente actualmente no tiene hogar o está en riesgo de quedarse sin hogar, según la siguiente y otra información indicada y la declaración firmada por el solicitante.**

**Marque solo uno:**

- Yo [y mis hijos] actualmente no tengo hogar y vivo en la calle (es decir, un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobuses, un aeropuerto o un campamento).
- Yo [y mis hijos] soy/somos víctima(s) de violencia doméstica y estoy/estoy huyendo del abuso.
- Yo [y mis hijos] estamos siendo desalojados de la vivienda en la que nos alojamos actualmente y debemos abandonar esta vivienda dentro de los próximos \_\_\_\_ días.

**Certifico que la información anterior y cualquier otra información que haya proporcionado al solicitar Asistencia de Emergencia a través de los Servicios Sociales del Condado de Fort Bend es verdadera, precisa y completa.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Staff Certification**

I understand that third-party verification is the preferred method of certifying homelessness or risk for homelessness for an individual who is applying for Emergency Assistance. I understand self-declaration is only permitted when I have attempted to but cannot obtain third party verification.

*Documentation of attempt made for third-party verification:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**FORT BEND COUNTY DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
RENT/MORTGAGE DOCUMENTATION FORM**

**Sección A - Verificación de información del cliente que debe completar el Cliente únicamente:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Client ID # \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_

# en el Hogar \_\_\_\_\_ # Dormitorios \_\_\_\_\_ # Baños \_\_\_\_\_ Año de construcción \_\_\_\_\_



**Section B - Verification to be completed by Fort Bend County Social Services Case Manager Only:**

**Type of Assistance:**

**Rent (check one)**

**Mortgage (check one)**

- Past due rent
  - Current month's rent
  - First month's rent
- effective/move in date: \_\_\_\_\_

- Past due mortgage
- Current month's mortgage

The monthly rent/mortgage payment is \$ \_\_\_\_\_

The total owed (including the amount above) is \$ \_\_\_\_\_

The one-month amount being paid by this agency is \$ \_\_\_\_\_

The amount being paid is for the month of (month/ year) \_\_\_\_\_

The one-month amount being paid is/was due on (month/day/year): \_\_\_\_\_

The one-month amount being paid is past due in its entirety at the time of payment:  Yes  No

Case Manager Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Case Manager Printed Name: \_\_\_\_\_



**Section C - Verification to be completed by Landlord/Mortgage Holder Only:**

This is to confirm that rent/mortgage for \_\_\_\_\_  
(Name of individual or family)

for the property at \_\_\_\_\_  
(complete address, street number and name, city, state, zip code)

with a monthly rent amount of \_\_\_\_\_ (rent only: include no deposits, late fees, or other charges) or with a mortgage with a monthly payment of \$ \_\_\_\_\_ (principal and interest only; no escrow payments or other fees) is/was due on \_\_\_\_\_. The total amount currently is owed is \$ \_\_\_\_\_.  
(MM/DD/YYYY)

The individual/family now has rent/mortgage due/past due for the month of \_\_\_\_\_.  
MM/YYYY

Landlord/Mortgage Holder Name: \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Landlord Address \_\_\_\_\_  
(street, city, state to send payment)

Landlord/Mortgage Holder Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT: Payment will guarantee above named client residency for 30 days!**



DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
FORT BEND COUNTY, TEXAS



**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE APOYO/ REFUGIO**

Nombre de la(s) persona(s)/agencia que brinda apoyo: \_\_\_\_\_

Persona(s) de apoyo/dirección de la agencia: \_\_\_\_\_

Persona(s) de apoyo Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Soporte brindado a (nombre del cliente): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del cliente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha brindado refugio a este cliente? \_\_\_\_\_

¿Continuará brindando refugio o apoyo a este cliente? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por cuánto tiempo y en qué capacidad:

\_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿cuándo se detendrá el refugio o el apoyo y por qué?:

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con y/o cómo conoce a este cliente? \_\_\_\_\_

¿Qué y cómo ha brindado apoyo adicional a este cliente? \_\_\_\_\_

COMENTARIOS ADICIONALES: (Si necesita más espacio, escriba al dorso de este formulario o adjunte una carta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s)/Agencia que brinda apoyo

\_\_\_\_\_  
Fecha: