



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Número de Caso _____

Nombre del Cliente _____

Para ser completado por el Cliente

Por la presente autorizo a _____ a actuar en mi nombre y
Nombre del Representante

representación a fin de determinar si cumplo los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia pública del Departamento de Niños y Familias.

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Para ser completado por el Representante

Entiendo que mediante la aceptación de esta designación, soy responsable de proporcionar, o colaborar a fin de proporcionar, la información necesaria para determinar si esta persona cumple los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia. Entiendo que si retengo información o brindo información falsa, de manera intencional, puedo ser acusado de falso testimonio y/o fraude.

Firma del Representante _____

Fecha _____

Vínculo con el Cliente _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Número de teléfono _____

Autodesignación del representante

Actúo en lugar de _____ para brindar información a fin de determinar si esta persona cumple los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia ya que él(ella) no puede actuar en su propio nombre. Proporcionaré la información según mi leal saber y entender. Entiendo que si retengo información o si, de manera intencional, brindo información falsa, puedo ser acusado de falso testimonio y/o fraude. Acepto informar de inmediato cualquier cambio ocurrido en la situación de esta persona que llegue a mi conocimiento.

Firma del Representante _____

Fecha _____

Vínculo con el Cliente _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Número de teléfono _____