

INFORMACION DEL/LA ALIMENTANTE

Nombre completo: _____ Tel. _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Parentesco con el/la adulto/a mayor: _____ Género: ___ M ___ F ___ otro

Ocupación: ___ empleado/a Nombre del patrono: _____

___ desempleado/a ___ cuentapropista ___ retirado/a ___ incapacitado/a ___ otro

Correo electrónico: _____

Composición familiar: _____ (incluido/a usted) dependientes de usted: _____

Información de ingresos y gastos del/la alimentante (proveer evidencia o certificación)			
Ingresos		Gastos	
Seguro Social		AAA (agua)	
PAN		LUMA (luz)	
Bienestar Público (TANF)		Celular/tel.	
Pensiones de retiro		Renta/hipoteca	
Ayuda de familiares		Carro	
Otros		Otros	
Total		Total	

Condiciones de salud y/o gastos médicos

Firma: _____

Fecha: _____