

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

El presente es un documento oficial del gobierno. La información incompleta o falsa en este formulario podrá originar una acción penal, de acuerdo con los Artículos 31.04, y 37.10, u otras secciones del Código Penal de Texas.

Nombre y dirección del cliente:

---



---

El cliente nos ha informado que usted no tiene ningún parentesco con él/ella, y que no vive en el mismo domicilio pero que conoce a su familia.  
Agregue todas las personas que viven en el hogar.

Nombre	Relación con el cliente	Nombre del empleador
Cliente		

Puedo verificar la información que antecede dado que soy: (elija una opción)

- Vecino  
  Oficial Escolar  
  Amigo  
  Guía de la Iglesia  
  Empleador  
  Rentero  
 Niñera  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que conoce a la familia? \_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses, o \_\_\_\_\_ semanas.

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

Escriba su nombre, dirección y número de teléfono en letra imprenta a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**This document contains protected and confidential patient health information. This document must be secured at all times while in use and must be immediately disposed of in the blue recycling bin when you are done using the document.**