



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE EFC

Fecha: _____ Agencia Provedora de Apoyo Familiar: _____

Nombre del Beneficiario de Apoyo Familiar: _____

Dirección del Beneficiario de Apoyo Familiar: _____

Número de Teléfono del Beneficiario de Apoyo Familiar: _____

Yo, _____ (*nombre del beneficiario de Apoyo Familiar*), por la presente doy fe de que comencé (o comenzaré) a recibir servicios de Empleo y Primeras Opciones de la Comunidad (ECF) el día __ de _____, 20___. **Entiendo y reconozco que los fondos de Apoyo Familiar sólo serán reembolsados por servicios aprobados que fueron provistos a más tardar el último día antes de que yo recibiera los servicios de ECF a menos que el servicio aprobado fuese por un gasto de una vez.** Si se aprobó un gasto de una vez, doy fe de que el servicio comenzó antes de que yo recibiera cualquier servicio de ECF y de que se culminará tan pronto como sea posible de conformidad con los términos de mi reclamo aprobado y plan de servicio. Asimismo, el(los) recibo(s) por cualquier servicio aprobado será(n) presentado(s) a mi agencia proveedora de Apoyo Familiar dentro de treinta (30) días de la culminación del servicio.

Entiendo que cualquier fondo de Apoyo Familiar gastado sin previa aprobación después de que comenzaran los servicios de ECF no será reembolsado por el Apoyo Familiar. Asimismo, si los fondos son pagados por Apoyo Familiar por servicios no aprobados después de que comenzaran los servicios de ECF, entonces reconozco que esos fondos estarán sujetos a recuperación, lo cual significa que yo seré responsable de reembolsar dichos fondos y puedo estar sujeto a cualquier costo adicional asociado con la recuperación de dichos fondos.

Firma del Beneficiario de Apoyo Familiar

Si el formulario es llenado por alguien además del beneficiario de Apoyo Familiar:

Yo, _____, por la presente doy fe de que la información provista en este formulario es verídica y exacta a mi saber y entender. Además, tengo bien sea el permiso del beneficiario para llenar y presentar este formulario en su nombre, o el beneficiario es menor de edad.

Firma del Beneficiario de FSP

Firma

Teléfono

Nota: Devuelva este formulario firmado a su agencia proveedora de Apoyo Familiar e incluya una copia de la carta recibida del MCO que indique cuando comienzan los servicios de ECF.