

**Id. del caso:** \_\_\_\_\_

**Titular del caso:**

\_\_\_\_\_

**Nº de caso del condado:** \_\_\_\_\_

**Nº del asistente social:**

\_\_\_\_\_

## **Declaración de Residencia en Carolina del Norte del Solicitante**

\_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Sociales del Condado

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que no puedo proporcionar dos documentos que den constancia de mi residencia en el Estado de Carolina del Norte.

*Declaro que la información anterior es veraz y precisa. Comprendo que este formulario de declaración se usa para contribuir a verificar que cumpla con los requisitos de residencia del estado de Carolina del Norte para poder participar en Work First. Comprendo que si doy información falsa o engañosa, con la que podría recibir beneficios de Work First que de otra forma no recibiría, puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales.*

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº de teléfono: \_\_\_\_\_

DSS- 5276sp (rev. 11-08)

Sección de Servicios de Asistencia Familiar y Bienestar Infantil