



Servicio de Atención al Cliente
1223 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21223
Teléfono: (410) 767-6535 o línea gratuita: 1-800-205-6308
o TTY- Servicio de Retransmisión de Maryland 1-800-735-2258
Números de fax: (410) 333-2608; (410) 244-8617

A-2: Formulario de verificación de ausencia de ingresos o de persona sin hogar

Prueba necesaria de ausencia de ingresos o residencia en Maryland

ID: 94 _____

Instrucciones: Complete las secciones 1 o 2.

Si lo completa un gestor de casos, complete la sección de certificación en la parte inferior con la firma.

Nombre: _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____
Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sección 1. Familiar o amigo de respaldo (toda la información es necesaria)

Yo, _____, certifico que _____ está:
(solicitante)

☐ **Actualmente sin ingresos**

Lo/la estoy respaldando al brindarle lo siguiente:

☐ Pago de alojamiento y comida fuera de mi hogar.

☐ Alojamiento y comida gratuitos en mi hogar.

☐ Otros, explique: _____

☐ **Certifico que la información incluida en este formulario y cualquier documentación adjunta es verdadera, correcta y completa.**

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Vínculo con el solicitante: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____



Servicio de Atención al Cliente
1223 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21223
Teléfono: (410) 767-6535 o línea gratuita: 1-800-205-6308
o TTY- Servicio de Retransmisión de Maryland 1-800-735-2258
Números de fax: (410) 333-2608; (410) 244-8617

Sección 2. Albergue u organismo (si el solicitante no tiene hogar)

Yo, _____, certifico que _____ reside en _____, en
(Nombre del representante del refugio) (Solicitante) (Nombre del establecimiento)

_____ por un periodo de:
(Ubicación del establecimiento)

☐ menos de 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 12 meses o más

☐ **El solicitante no tiene ingresos**

☐ **El cliente no tiene hogar y actualmente no vive en un albergue**

☐ **El solicitante tiene ingresos.**

☐ **Certifico que esta información es verdadera, correcta y completa.**

Nombre de la organización:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

☐ **Informado por el solicitante** ☐ **Informado por el gestor del caso**

Formulario A-2 VONI - Revisado en enero de 2025