CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS VOLUNTARIOS

(POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DEL CASO DEL BENEFICIARIO	CONDADO
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR (OPCIONAL)*
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

SERVICIOS QUE SE VAN A PROPORCIONAR	DÍAS Y/U HORAS POR MES QUE LOS SERVICIOS SE VAN A PROPORCIONAR

Estoy de acuerdo en proporcionar voluntariamente los servicios anotados arriba. Yo sé que tengo el derecho a ser compensado, pero elijo no aceptar ningún pago, ni un pago reducido por la provisión de estos servicios.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR DE SERVICIO SOCIAL	FECHA

*PARA PROPÓSITOS DE IDENTIFICACIÓN SOLAMENTE (AUTORIDAD: SECCIÓN 12302.2 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES)