

VERIFICACIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR DE AGENCIAS EXTERNOS



Nombre del Cliente	Fecha de Nacimiento
--------------------	---------------------

Yo _____, _____, de
(Su Nombre) (Título/Puesto)

_____ comprueba eso _____
(Agencia) (Nombre del Cliente)

actualmente no tiene hogar y se queda _____ en
Location Type (i.e. outdoors, vehicle, emergency shelter, motel paid by agency)

_____. Los servicios de la agencia comenzaron el _____ e incluía los
(Ciudad) (Fecha)

siguientes servicios:

Este hogar reporta las siguientes situaciones de vivienda:

Fecha de Inicio	Fecha Final	Tipo de Ubicacion	Ciudad

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto conmigo en _____.
(Información del contacto)

Atentamente,

Firma _____ Fecha _____