



OFICINA DE PROGRAMAS DE ENERGÍA
 PARA EL HOGAR DE MARYLAND
 VERIFICACIÓN DE PENSIÓN
 ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN INFANTIL

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:

Instrucciones: Pida a la persona responsable de hacer los pagos de pensión alimenticia o manutención infantil (el pagador) que complete este formulario. La persona que recibe estos pagos (el beneficiario) también debe firmar este formulario.

Nombre del pagador: _____ Nombre del beneficiario: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Estimado pagador:

Es necesario verificar la pensión alimenticia o manutención infantil que ha pagado a la persona mencionada anteriormente, cuya autorización firmada figura a continuación. Complete las secciones que correspondan. Gracias por su colaboración.

_____, trabajador de admisión

Enumere todos los pagos realizados durante el período de 30 días de _____ a _____.

MES _____

MES _____

Nombre del menor destinatario del pago*	Monto pagado	Fecha de pago

Nombre del menor destinatario del pago*	Monto pagado	Fecha de pago

*Si el pago es por pensión alimenticia, deje este campo en blanco.

Firma del pagador: _____

Fecha: _____

Por la presente autorizo la divulgación de la información sobre la pensión alimenticia o manutención infantil necesaria para la documentación de los ingresos a la Oficina de Programas de Energía para el Hogar (OHEP, en inglés).

Firma del pagador: _____

Fecha: _____