

Fecha de Hoy

Nombre del Solicitante de RCA

Nombre del PA

USDOA

Dirección

Tamaño del Caso

Acuerdo del Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados de Dakota del Norte

He sido informado sobre el Acuerdo del Programa RCA de Dakota del Norte y sus requisitos asociados. Reconozco haber recibido información sobre la Determinación de Elegibilidad de RCA, las Políticas y Procedimientos del Programa RCA, los Requisitos de Reporte del Programa RCA, y los Derechos y Responsabilidades del Cliente de RCA.

Acepto inscribirme en el programa RCA.

También entiendo que debo reportar cualquier ingreso ganado o no ganado, junto con la documentación de respaldo, como un talonario de pago, una carta del empleador, y una carta de determinación de Ingreso/Discapacidad del Seguro Social. Entiendo que si no entrego la información requerida, resultará en la terminación de los beneficios de RCA.

Reconozco que se me ha proporcionado esta información en un idioma que entiendo.

Al firmar abajo, acepto cumplir con todos los requisitos de RCA para recibir RCA.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____