



Centro de Trabajo: _____

Fecha: _____

Número de Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número de Teléfono del Solicitante/ Participante: _____

Declaración de Mudanza

Usted y la compañía de mudanza deben firmar este formulario después de que se trasladen todas sus pertenencias a su nueva dirección.

Nombre y Dirección de la Compañía de Mudanza:

Su Declaración:

La compañía de mudanza listada más arriba trasladó mis pertenencias el _____ a mi nueva dirección en _____.

¿Cuáles de sus pertenencias trasladó la compañía de mudanza?

artículo	cajas	camas	sillas	mesas	tocadores	sofás
¿Cuántos?						

Otro artículo: _____

Firma del solicitante/participante

Fecha

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

(Vea al dorso)

Declaración de la Compañía de Mudanza: Yo (nosotros) certifico/certificamos que los muebles y pertenencias del solicitante/participante, que suman _____ artículos, se han trasladado a la dirección en la página 1.

Pedimos un pago de \$ _____ en cuotas de mudanza.

Firma de la Compañía de Mudanza

Cargo del Empleado de
la Compañía de Mudanza

Número de Licencia del
Empleado

La prestar declaración falsa e inexacta es punible como delito menor Clase A, conforme a la Ley Penal 175.30 (prestación de documentación falsa para archivarse a oficina pública o funcionario del estado).