



# Asistencia Temporal en Efectivo

## Acuerdo del Representante de los Beneficiarios

Nombre del destinatario \_\_\_\_\_

Caso/Categoría/Secuencia \_\_\_\_\_

El/los niño/s incluidos recibiendo Asistencia Temporal en Efectivo:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo, \_\_\_\_\_, acepto este acuerdo con el Departamento de Niños y Familias para funcionar como representante del beneficiario de los ingresos de Asistencia Temporal en Efectivo pagados en nombre del beneficiario mencionado anteriormente o su grupo de asistencia.

Yo estoy de acuerdo de usar la Asistencia Temporal en efectivo en el mejor interés del niño o los niños mencionados.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Firma del Especialista de Elegibilidad