

**PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES
(CAPI): DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR EL PAGO
ESTÁNDAR POR CUIDADO NO MÉDICO FUERA DEL HOGAR (NMOHC)
- CERTIFICACIÓN RETROACTIVA DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR EL
PAGO ESTÁNDAR POR NMOHC**

Si el condado no puede obtener pruebas materiales de que el reclamante continuamente necesitó y recibió cuidado en el indicado arreglo de alojamiento desde una fecha anterior, habrá que pedir que el reclamante complete la siguiente declaración. Si es necesario, el condado anotará la fecha de la atestación del reclamante en la sección C del formulario SOC 887.

NOTA: En el caso de las personas que ya reciben CAPI, la sección 46-140.65 del Manual of Policies and Procedures (Manual de Prácticas y Procedimientos) especifica que la primera fecha por la que se puede desembolsar el pago estándar por NMOHC de manera retroactiva es el mes en que se empezó a proporcionar cuidado, o tres (3) meses antes del mes en que se pidió que el condado verificara oficialmente el arreglo de alojamiento de NMOHC, lo que ocurra más tarde.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE PARA CERTIFICACIONES RETROACTIVAS	
Nombre del reclamante	Número de caso
_____	_____
Yo certifico que, desde el _____ (MM/DD/AAAA) y en mi actual arreglo de alojamiento, he estado recibiendo cuidado no médico fuera del hogar (<i>nonmedical out-of-home care</i> , o NMOHC) de la siguiente persona:	
Nombre: _____	
Parentesco: _____	
YO AFIRMO QUE, SI HAY ALGÚN CAMBIO EN MI ACTUAL ARREGLO DE ALOJAMIENTO, SE LO COMUNICARÉ INMEDIATAMENTE AL CONDADO DENTRO DE 10 DÍAS.	
Firma del reclamante o de su representante autorizado	Fecha
_____	_____
Firma del primer testigo (si el reclamante firma con marca)	Fecha
_____	_____
Firma del segundo testigo (si el reclamante firma con marca)	Fecha
_____	_____