

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTONOMO DE VILLALBA
OFICINA MUNICIPAL DE AYUDA AL CIUDADANO

Hon. Waldemar Rivera Torres
Alcalde

CERTIFICADO MEDICO

NOMBRE	DIRECCION POSTAL	
ESTADO CIVIL	DIRECCION RESIDENCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE RECORD	NOMBRE DEL MEDICO

DIAGNOSTICO:

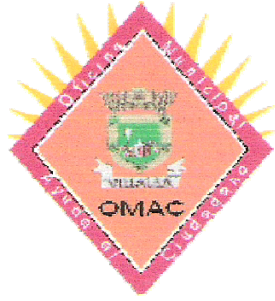
MEDICAMENTOS:

COMENTARIOS:

Fecha

Numero Licencia

Firma del Medico



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTONOMO DE VILLALBA
OFICINA MUNICIPAL DE AYUDA AL CIUDADANO

Hon. Waldemar Rivera Torres

Alcalde

SOLICITUD DE SERVICIOS AMA DE LLAVES

NOMBRE	DIRECCION POSTAL	
ESTADO CIVIL	DIRECCION RESIDENCIAL	
FECHA DE SOLICITUD	TELEFONO	CELULAR

COMPOSICION FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	INGRESOS

BREVE DESCRIPCION DE LA SITUACION

CERTIFICACION

Yo, _____, mayor de edad, _____ y vecino de Villalba, Puerto Rico
certifico que:

1. Que la información suministrada es correcta.
2. Que entiendo la obligación de suplir todos los documentos solicitados para la tramitación de los donativos.
3. Que he sido orientado, que de haber suministrado información falsa o incorrecta y usar indebidamente los fondos donados, conllevara mi obligación de devolver los fondos y estaré sujeto a acciones civiles o penales que correspondan.
4. Que el complementar esta solicitud y entregar todos los documentos requeridos no implica que el donativo será aprobado.
5. Que de ser necesario se visitara mi hogar con el propósito de corroborar la información suministrada.
6. Que autorizo a personal del municipio a gestionar o pedir información a otras oficinas o establecimientos gubernamentales o privados.

Suscrito hoy, __de _____de _____, en Villalba, Puerto Rico.

Solicitante

Testigo o Empleado Municipal

Notas importante:

- 1. Debe presentar todos los documentos requeridos.**
- 2. El presentar todos los documentos no quiere decir que el donativo será aprobado.**