

# Formulario del alcance del trabajo de remediación y modificación del hogar de HRSN



Nombre del miembro de YCCO ID de OHP: \_\_\_\_\_

Modificación del hogar Remediación del hogar \_\_\_\_\_

¿Requiere esto un permiso?  Yes  No

Si es que sí, por favor, adjunte el permiso

Describe el trabajo que se va a completar en el hogar (por favor, sea específico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condición de salud elegible:

Como el servicio aliviará las necesidades de salud:

**Nombre y contacto de la compañía/profesional que va a completar la modificación/remediación para el miembro con una condición de salud elegible.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nº de licencia comercial: \_\_\_\_\_

Nº de CCB: \_\_\_\_\_

Fecha(s) en las que se va a programar el trabajo:

### Costo estimado del trabajo

Si tiene información adicional o una propuesta por escrito, por favor, adjúntela a este documento.

Descripción	Cantidad
Costo total	

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Firma**

### Aprobación del arrendador

Yo, \_\_\_\_\_, apruebo la modificación/remediación del hogar mencionada arriba en la vivienda de \_\_\_\_\_. Entiendo que: \_\_\_\_\_ y el CCO de Yamhill son responsables por el pago del trabajo que se va a completar.

\_\_\_\_\_ **Firma del arrendador**

\_\_\_\_\_ **Fecha**