



## LIHEAP Formulario de prueba de residencia para dirección no estructurada.

*Si el cliente no puede proporcionar documentación con su dirección física (es decir, factura de servicios públicos, tarjeta de identificación), pídale que rellene este formulario.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia / descripción del lugar:

---

---

Certifico que vivo/vivimos en el domicilio arriba indicado.

---

Firma del solicitante



**2316 S 6<sup>th</sup> Street, Suite B, Klamath Falls, OR 97601 541.882.3500 866.665.6438**  
**541.882.3674 fax**

*KLCAS is committed to providing access, equal opportunity and reasonable accommodation in its services, programs, activities, education, and employment for individuals with disabilities. To request disability accommodation, contact the KLCAS office at 541-882-3500. Oregon Relay 711.*