

**Programa de Autosuficiencia Familiar
Plan individual de capacitación y servicios**

Adjunto _____

Nombre del participante

Número del Seguro Social

Objetivo final

Objetivo intermedio número _____

Fecha en que se alcanzó el objetivo _____

Actividades/Servicios

Responsables

Fecha/s

Comentarios

Firmas:

Familia

(Participante)

(Fecha de la firma)

Oficina de Vivienda

(Firma del representante de la HA)

(Fecha de la firma)

**Programa de Autosuficiencia Familiar
Plan individual de capacitación y servicios**

Adjunto _____

Nombre del participante

Número del Seguro Social

Objetivo intermedio número _____

Fecha en que se alcanzó el objetivo _____

Actividades/Servicios

Responsables

Fecha/s

Comentarios

Este documento es traducción de un documento jurídico expedido por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el cual proporciona esta traducción solamente a modo de conveniencia para que le ayude a usted a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal y que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.