



2300 NE Neff Road Bend, Oregon 97701
 P (541) 330-9001 F (541) 585-9002 vim-cascades.org

**Use este formulario si
 alguien paga sus costos básicos a cambio por su ayuda.**

Por ejemplo, si vive con su hija o hijo y les ayuda a cocinar o cuidar a los niños. en vez de pagarle por su trabajo, se les da su lugar adonde vivir. Por favor dígame a la persona con lo cual vives, que llene este formulario y lo firme.

INTERCAMBIO DE TRABAJO POR COSTO BÁSICO

Mi Nombre: _____ Fecha: _____

Me gustaría recibir atención médica de Voluntarios en la Clínica Médica de las Cascadas (VIM). Para hacer esto, debo mostrar cualquier trabajo que he hecho para costos basicos durante los últimos 3 meses. Puesto que tuvimos este intercambio durante este tiempo, ¿podría por favor llenar este formulario?

VIM necesita esta información solamente para demostrar que califico para el cuidado. VIM mantendrá toda la información privada y confidencial. Para preguntas, por favor llame a la oficina de VIM al (541) 585-9013. ¡Gracias!

Lo que hice	Nombre del mes# 1:	Nombre del mes # 2:	Nombre del mes # 3:
	<i>(encierre una opción)</i>	<i>(encierre una opción)</i>	<i>(encierre una opción)</i>
Cuidado de niños	Si/no	Si/no	Si/no
Cocinar	Si/no	Si/no	Si/no
Limpieza	Si/no	Si/no	Si/no
Mantenimiento de hogar o patio	Si/no	Si/no	Si/no
Cuidado de otro miembro del hogar	Si/no	Si/no	Si/no
¿Otro? describe	Si/no	Si/no	Si/no
Lo que cambié por			
Habitación	Si/no	Si/no	Si/no
Comidas	Si/no	Si/no	Si/no
Uso del coche	Si/no	Si/no	Si/no
¿Otro? describe	Si/no	Si/no	Si/no

(Firma de la persona que proporcionó el intercambio)

(Nombre en letra de molde)

(Teléfono)

(Fecha de hoy)