



1412 Main St., Suite 205
Dallas, TX 75202
214-741-6359 office
214-741-6389 fax
www.MyAyS.net

Reference Verification

Reference #1

I, _____, attest that I am not a blood relative of _____. I also affirm that the previously mentioned person will be able to provide a safe and healthy environment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities through **Ahora y Siempre, Inc.**

Reference Printed Name

Phone

Relationship to Caregiver

Date

Reference #2

I, _____, attest that I am not a blood relative of _____. I also affirm that the previously mentioned person will be able to provide a safe and healthy environment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities through **Ahora y Siempre, Inc.**

Reference Printed Name

Phone

Relationship to Caregiver

Date

Reference #3

I, _____, attest that I am not a blood relative of _____. I also affirm that the previously mentioned person will be able to provide a safe and healthy environment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities through **Ahora y Siempre, Inc.**

Reference Printed Name

Phone

Relationship to Caregiver

Date

“...because high quality services alone are no longer good enough.”

Verificación de Referencias

Referencia #1

Yo, _____, afirmo que no soy un pariente de sangre de _____.

También afirmo que la persona se ha mencionado anteriormente será capaz de proporcionar un ambiente seguro y saludable para las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo a través de **Ahora y Siempre, Inc.**

Nombre de Referencia

Número de Teléfono

Relación al proveedor de cuidado

Fecha

Referencia #2

Yo, _____, afirmo que no soy un pariente de sangre de _____.

También afirmo que la persona se ha mencionado anteriormente será capaz de proporcionar un ambiente seguro y saludable para las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo a través de **Ahora y Siempre, Inc.**

Nombre de Referencia

Número de Teléfono

Relación al proveedor de cuidado

Fecha

Referencia #3

Yo, _____, afirmo que no soy un pariente de sangre de _____.

También afirmo que la persona se ha mencionado anteriormente será capaz de proporcionar un ambiente seguro y saludable para las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo a través de **Ahora y Siempre, Inc.**

Nombre de Referencia

Número de Teléfono

Relación al proveedor de cuidado

Fecha