**RESULTADO DE LA EVALUACION (FORMULARIO DV-CV-AH-004-B)**

**PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR COVID-19**

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.

**RE: CASO NÚMERO:** Click or tap here to enter text.

Estimado(a) señor(a) Click or tap here to enter text.:

A continuación, le informamos el resultado de la evaluación de su solicitud bajo el Proyecto de Servicio de Auxiliares en el Hogar:

Denegada, por no someter la información adicional solicitada en nuestra comunicación del dd/mm/aaaa.

Denegada, por Indicar la razón por la cual fue denegada de acuerdo a la evaluación de su caso.

De no estar de acuerdo con la evaluación antes indicada, favor de pasar por la Oficina de Programas Federales, localizada en dirección, en o antes de quince (15) días laborables a partir de la fecha de esta comunicación.

Cordialmente,

Hon. Nombre del (la) Alcalde(sa)

Alcalde(sa)