

**CONSUMER INTENT TO RETURN / NOT TO RETURN
HOME**



NAME OF RESIDENTIAL FACILITY:	CIN	SSN:
-------------------------------	-----	------

I, _____, hereby declare that I:

Plan to return to my homestead upon completion of rehabilitation

Do not plan to return to my homestead

Signature of Consumer: _____ Date: _____

Signature of Representative (if applicable) _____ Date: _____

أنا ، _____ ، أصرّح بموجبه أنني:

أنوي العودة إلى منزلي عند الانتهاء من إعادة التأهيل.

لا أنوي العودة إلى منزلي.

_____ :Date/التاريخ _____ :Signature of Consumer / توقيع المستهلك

_____ :Date/التاريخ _____ :Signature of Representative (if applicable) / توقيع الممثل (إن كان ملائماً)

Yo, _____, por el presente declaro que:

Tengo pensado regresar a mi lugar de residencia una vez termine la rehabilitación

No tengo pensado regresar a mi lugar de residencia

Firma del consumidor / Signature of Consumer: _____ Fecha/Date: _____

Firma del representante (si corresponde) / Signature of Representative (if applicable) _____ Fecha/Date: _____

나, _____ 는 이로써 다음과 같이 선언합니다:

재활 프로그램 완료 후 나의 집으로 돌아갈 계획입니다

나의 집으로 돌아갈 계획이 없습니다

소비자 서명/Signature of Consumer: _____ 날짜/Date: _____

대표자 서명 (해당될 경우) /Signature of Representative: _____ 날짜/Date: _____

Mwenmenm, _____, atravè dokiman sila a, map deklare ke mwen:

- Planifye pou m retounen nan pwopriyete familyal mwen dèke mwen fini avèk reyabilitasyon an
 Pa planifye pou m retounen nan pwopriyete familyal mwen an

Siyati kliyan an/Signature of Consumer: _____ Dat la/Date: _____

Siyati reprezantan an (si l aplikab)
/Signature of Representative (if applicable): _____ Dat la/Date: _____

本人 _____, 謹此聲明我

- 打算在康復後返回我的老家
 不打算返回我的老家

消費者簽名
/Signature of Consumer: _____ 日期 /Date: _____

代辦人簽名 (假如適用)
/Signature of Representative
(if applicable) _____ 日期 /Date: _____

Я, _____, настоящим подтверждаю, что:

- по окончании реабилитационного периода я намерен (-а) вернуться к обычному месту своего проживания;
 я не намерен (-а) возвращаться к обычному месту своего проживания.

Подпись клиента / Signature of Consumer: _____ Дата / Date _____

Подпись официального представителя (если имеется)
/ Signature of Representative (if applicable) _____ Дата / Date _____