

FORMULARIO DE VERIFICACION EN EFECTIVO

Fecha _____

Numero de Caso _____

Nombre de Padre/Madre o Guardian _____

Se ha recibido su solicitud/redeterminación de los Servicios de Cuidado Infantil Subsidiados. Necesitamos información adicional para verificar sus ingresos ganados. Usted indicó que su empleador le paga en EFECTIVO/CHEQUE PERSONAL, por favor complete este formulario y devuélvanoslo para: _____

Autorizo la divulgación de esta información y doy permiso a la agencia de Servicios de Información de Cuidado Infantil para verificar toda la información contenida en este formulario.

X _____

Firma del padre/madre o guardian

Fecha

Empleador/Nombre de Compañía _____ Tel # _____

Dirección de Empleo _____

El Pago Se Emite: Semanal Cada dos semanas 2 Veces al Mes Mensual

Enumerar las fechas de pago y la cantidad bruta de cuatro (4) semanas dentro del período más reciente de seis (6) semanas:

1. Fecha de Pago ____/____/____ Salario _____ Propinas _____ Horas Trabajadas _____
2. Fecha de Pago ____/____/____ Salario _____ Propinas _____ Horas Trabajadas _____
3. Fecha de Pago ____/____/____ Salario _____ Propinas _____ Horas Trabajadas _____
4. Fecha de Pago ____/____/____ Salario _____ Propinas _____ Horas Trabajadas _____

Afirmo que he leído o se me ha leído esta declaración en su totalidad y que toda la información que he dado es verdadera, correcta y completa en la medida de mis posibilidades, conocimiento y creencia. Entiendo que mi declaración está sensada a 18 Pa. C.S. 4904 (en relación con la falsificación sin jurado a las autoridades) y puedo ser penalizado con multa, prisión o inelegibilidad subsidiada por hacer cualquier declaración falsa que pueda afectar mi elegibilidad Estado. Entiendo que si recibo cuidado infantil subsidiado para el cual no era elegible, se me pedirá que devuelva el costo del cuidado infantil que recibí por error.

X _____

Firma del Padre/Madre o Guardian

Fecha