

VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS

DCSS 0069 SPA (02/10/09)

Numero de Caso CSE: _____

Nombre del Solicitante: _____

Soy La Parte con la Custodia El Padre sin la Custodia

SOLICITANTE: *Entregue esta información a su proveedor de cuidado de niños para que la complete antes de volver a la agencia local de mantenimiento de hijos. Adjunte cualquier recibo o copias de cheques cancelados por cuidado de niños.*

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS: *Por favor complete la/s sección/es apropiada/s para los niños del solicitante mencionado para quien usted provee cuidado de niños. Luego, firme y coloque la fecha al final de este formulario.*

SECCIÓN I: NIÑO/S BEBÉS & PREESCOLARES

Nombre del Proveedor/Centro de Cuidado de Día _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Nombre de la/s persona/s que le paga/n a usted por el cuidado de niños _____

Nombre del/de los niño/s de este padre a quien usted cuida y la cantidad pagada: (Marque una)

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Total: \$ _____ por día/semana/mes

SECCIÓN II: NIÑO/S EN EDAD ESCOLAR**A. Cuidado de Niños proveído durante período escolar:**

Nombre del Proveedor/Centro de Cuidado de Día _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Nombre de la/s persona/s que le paga/n a usted por el cuidado de niños _____

Nombre del/de los niño/s de este padre a quien usted cuida y la cantidad que recibe: (Marque una)

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Niño _____ Cantidad \$ _____ por día/semana/mes

Total: \$ _____ por día/semana/mes



VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS

DCSS 0069 SPA (02/10/09)

B. Cuidado durante el Verano/vacaciones de niño/s en edad escolar. Incluya la cantidad en la información especificada más abajo.

Nombre del Proveedor/Centro de Cuidado de Día _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Nombre de la/s persona/s que le paga/n a usted por el cuidado de niños _____

Nombre del/de los niño/s de este padre a quien usted cuida y la cantidad que recibe:		(Marque una)
Niño _____	Cantidad \$ _____	por día/semana/mes
Niño _____	Cantidad \$ _____	por día/semana/mes
Niño _____	Cantidad \$ _____	por día/semana/mes
Total: \$ _____		por día/semana/mes

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto.

FIRMA

FECHA