

**VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS**

DCSS 0069 SPA (08/16/04)

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 de sustento al niño local. 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 antes 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 brindado durante época escolar regular:**

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 (08/16/04)

## **B. Cuidado durante el Verano/vacaciones de niño/s en edad escolar Incluya ls 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