
DECLARACIÓN DE NO ASISTENCIA FINANCIERA

Este formulario debe ser completado por cualquier miembro adulto del hogar o cuidador que afirme que NO apoya financieramente al padre y/o al niño.

Se les pedirá a aquellos que mantienen financieramente al padre y/o al niño (alquiler/pagos de la casa, servicios públicos, alimentos, transporte, etc.) que presenten sus ingresos para su verificación.

Nombre _____ Nombre del niño _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Yo soy (Por favor seleccione todos los que apliquen)

☐ Abuelo

☐ Amigo

☐ Pariente (que no sea abuelo)- Relación: _____

☐ Otro _____

Certifico que la información anterior que he proporcionado es verdadera y que cualquier declaración falsa o tergiversación podría afectar la elegibilidad del niño para participar en un programa de infancia temprana financiado con fondos públicos.

Nombre (letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Autoridad de aprobación _____ Fecha _____