

# NHCS Early Childhood Education Program



## WAGE / NO INCOME VERIFICATION FORM

*This form is to be completed if you are unable to provide sufficient income documentation in order to verify the child's eligibility. Income calculated must accurately reflect the family's yearly earnings for the applicable year or their current situation at the time of the application.*

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Child's DOB:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

**I am Employed but do not receive pay stubs**

(Please provide a letter from your employer stating your salary and average hours worked in a week).

**OR**

**I am Self-Employed with no tax return**

I earned \$ \_\_\_\_\_ income during the past twelve months. I average \$ \_\_\_/hr & work \_\_\_hr/week

Company Name/Title: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

**I am Unemployed** (Complete the following section and provide any approval letters or monthly statements checked)

**I am a stay at home parent.**

**I am attending school.**

**During the past 12 months has your family received**  Weekly  Bi-Weekly  Monthly

Assistance from anyone else? \$ \_\_\_\_\_

Child Support? \$ \_\_\_\_\_

Work First/TANF? \$ \_\_\_\_\_

Rental Income? \$ \_\_\_\_\_

Food Stamps/SNAP/EBT? \$ \_\_\_\_\_

Social Security Administration Income? \$ \_\_\_\_\_

Supplemental Security Income? \$ \_\_\_\_\_

Retirement Pensions? \$ \_\_\_\_\_

Unemployment? \$ \_\_\_\_\_

Veterans/Military benefits? \$ \_\_\_\_\_

Workers Compensation? \$ \_\_\_\_\_

**Reason for NO INCOME:** Why is the family reporting no income? Please describe how you have been meeting expenses for your family's basic needs for food, clothing and shelter: \_\_\_\_\_

**My signature below certifies that to the best of my knowledge all the above information is true and accurate.**

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

ADMINISTRATION OFFICE use only: STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



# NHCS Early Childhood Education Program



## FORMA DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS/NINGÚN INGRESO

*Este formulario debe completarse si no puede proporcionar documentación de ingresos suficiente para verificar la elegibilidad del niño. Los ingresos calculados deben reflejar con precisión los ingresos anuales de la familia para el año correspondiente o su situación actual en el momento de la solicitud.*

**El nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Niño:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Estoy empleado pero no recibo recibos de pago**

(Proporcione una carta de su empleador indicando su salario y el promedio de horas trabajadas en una semana).

**OR**

**Soy autónomo sin declaración de impuestos.**

Gané \$ \_\_\_\_\_ de ingresos durante los últimos doce meses.

Promedio \$ \_\_\_\_ / hora y trabajo \_\_\_\_ horas / semana

Nombre de la Compañía /Titulo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**Estoy desempleado** (Complete la siguiente sección y proporcione las cartas de aprobación o estados de cuenta mensuales).

**Soy un padre que se queda en casa.**

**Asisto a la escuela.**

**Durante los últimos 12 meses, su familia ha recibido:**  Semanalmente  Quincenalmente  Mensualmente

¿Asistencia de alguien más? \$ \_\_\_\_\_

¿Manutención de los hijos? \$ \_\_\_\_\_

¿Work First/TANF? \$ \_\_\_\_\_

¿Ingresos de Alquiler? \$ \_\_\_\_\_

¿Estampillas para la comida/SNAP/EBT? \$ \_\_\_\_\_

¿Ingresos Administrativos de Seguro Social? \$ \_\_\_\_\_

¿Ingresos de Seguridad Suplementales? \$ \_\_\_\_\_

¿Pensiones de Jubilación? \$ \_\_\_\_\_

¿Compensación de Trabajadores? \$ \_\_\_\_\_

¿Beneficios Veteranos/Militares? \$ \_\_\_\_\_

¿Desempleo? \$ \_\_\_\_\_

**Razón NO REPORTA INGRESOS:** ¿Por qué la familia no reporta ingresos? Describa cómo ha estado cubriendo los gastos de las necesidades básicas de alimentación, ropa y alojamiento de su familia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mi firma a continuación certifica que, a mi leal saber y entender, toda la información anterior es verdadera y precisa.**

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Uso solamente de la OFICINA DE ADMINISTRACIÓN: FIRMA DE PERSONAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_