A.C.C.E.S.S.
Sistema de Cuidados y Servicios Educativos para Niños
Subsidio para el Cuidado Infantil

☐ 1850 Wardrobe Avenue
Merced, CA 95341
(209) 381-6790
FAX (209) 381-6799

☐ 110 West St., Suite C
Los Banos, CA 93635
(209) 827-5694 FAX (209)
827-5693

DECLARACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO
(TESTIMONIO PERSONAL)

Registro del nombre del caso: _____ No. de SS: _____

Persona que hace la declaración _____

Bajo pena de perjurio, Yo _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y exacta.

_____ _____
Firma o marca de la persona que hace la declaración Fecha de la firma

_____
Nombre en letras de molde

_____ _____
Dirección de la persona que hace la declaración (ciudad y estado) Número de teléfono

_____ _____
Lugar donde se firmó (ciudad y estado) Firma del testigo de la firma o marca

_____
Firma del representante de A.C.C.E.S.S.