



Oficina Administrativa

2501 S. Pullman Street, Ste. 100 • Santa Ana, CA 92705 • 714-241-8920 • efax 714-640-2332
enrollment@ochsinc.org

DECLARACIÓN PERSONAL

Declaración Personal de Ingresos, Declaración de Apoyo Adicional, Declaración de Ningún Tipo de Ingreso

Nota: Este formulario debe ser utilizado para Declaración de Empleo e Ingresos solamente si usted trabaja por su cuenta y/o recibe sueldo en efectivo o en cheque personal. Padres que no tienen ingreso deben completar la sección de Declaración de Ningún Tipo de Ingreso en este formulario. Padres que reciben manutención de niños por medio de un acuerdo verbal (no registrado con el condado) o que reciban apoyo económico para la familia deben completar la sección de Declaración de Apoyo Económico Familiar en la parte inferior de este formulario. EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN TINTA AZUL O NEGRA, FORMULARIOS CON CORRECTOR, ESCRITO A MÁQUINA O CON FIRMA ELECTRÓNICA NO SERÁN ACEPTADOS.

Nombre del Padre/Guardián: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Declaración de Empleo e Ingresos

Información del Empleador

Nombre del Negocio/Compañía: _____ o el Nombre del Supervisor: _____

Domicilio del Negocio/Compañía: _____

Número de Teléfono: _____ Empleado Desde: _____

Descripción de Trabajo: [] Jornalero [] Cuidado de Niños [] Limpieza de Casas/Oficinas [] Construcción [] Otro: _____

Declaración Personal de Empleo

Descripción del Trabajo: [] Jornalero [] Cuidado de Niños [] Limpieza de Casas/Oficinas [] Construcción [] Otro: _____

Domicilio del Negocio/Compañía: _____

Número de Teléfono: _____ Empleado Desde: _____

Recibo mi pago en efectivo

Cantidad de pago en bruto:
\$

Solamente marque una opción:

[] Semanal [] Por Quincena (cada dos semanas) [] Dos veces Por Mes [] Mensualmente

Recibo mi pago en cheque personal

Cantidad de pago en bruto:
\$

Solamente marque una opción:

[] Semanal [] Por Quincena (cada dos semanas) [] Dos veces Por Mes [] Mensualmente

Declaración de Ningún Tipo de Ingreso

Ningún Ingreso

Yo _____, declaro bajo penalidad que no estoy trabajando actualmente y no tengo ningún Ingreso para reportar en estos momentos. (Nombre Completo en Letra de Molde)

Declaración de Apoyo Económico Familiar

Manutención de Niño(s)

Cantidad:
\$

Apoyo Adicional Familiar

Solamente marque una opción:

[] Semanal [] Por Quincena (cada dos semanas) [] Dos veces Por Mes [] Mensualmente

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información proveída en referencia a mis ingresos y empleo es precisa. Yo entiendo que cualquier información proveída a Orange County Head Start, Inc., que sea fraudulenta, incorrecta, o engañosa en referencia a mis ingresos o empleo puede ser motivo para terminar a mi hijo del programa Head Start.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Verified By COA

Date