

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