Crossroads Head Start and Early Head Start
Verificación de no ingresos

Nombre: _____ Declaro que no tengo ninguna de las siguientes fuentes de ingresos enumerados a continuación. Entiendo que este document se utilizará para procesar los datos de mi hijo / a solicitud, asi como determiner la elegibilidad de me hijo para Head Start y / o Early Head Inciciar programa.

- Ingresos por empleo a tiempo completo o parcial
- Ingresos por trabajo estacional o migrante
- Recibir manutención infantile
- Recibir beneficios por desempleo
- Recibir beneficios de compensación laboral

Además, afirmo que he presentado una declaración de impuestos estatal o federal en los últimos (12) meses, pero no refleja mi estado actual con respecto a los ingresos.

Mis necesidades básicas como comida, refugio, ropa e higiene personal se están satisfaciendo en el siguientes formas o por las siguientes personas:

_____

_____

_____

_____

Firma de los padres Fecha

_____

Crossroads Staff Signature Date

Declaración de confirmación: Nombre: _____ Afirmo que la información anterior es verdadera y correcto a mi leal saber y entender.

Mi relación con la persona mencionada anteriormente es: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Declaración de confirmación: Nombre: _____ Afirmo que la información anterior es verdadera y correcto a mi leal saber y entender.

Mi relación con la persona mencionada anteriormente es: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____