



DECLARACIÓN DE RESIDENCIA PARA RECIBIR EL BENEFICIO DE CUIDADO INFANTIL

Formulario del Estado 57163 (7-21)

Fecha (*mes, día, año*)

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre del solicitante

Yo, conocido como el residente, verifico que el solicitante mencionado más arriba actualmente reside en mi hogar, en la dirección indicada más abajo.

Nombre del residente

Dirección (*número y calle*)

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del residente

Fecha en la que se firma (*mes, día, año*)