



SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS EN EFECTIVO

Formulario estatal 57265 (4-23)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES
OFICINA DE LA PRIMERA INFANCIA Y APRENDIZAJE EXTRAESCOLAR
FONDO PARA EL CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF) O
PROGRAMA DE VALES ON MY WAY PRE-K

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD
La información obtenida en este formulario es confidencial conforme a las regulaciones federales, incluido el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Artículo 98.15(b)(13). La información no se divulgará salvo en los casos permitidos o exigidos por la ley o con el consentimiento del solicitante/receptor.

Firma del solicitante: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Al empleador:

La información que se solicita es necesaria para determinar la elegibilidad para participar en el Fondo para el Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF) o en el programa de vales On My Way Pre-K. La Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA) está obligada por ley a comprobar los ingresos percibidos para determinar si se cumplen los requisitos para recibir esta ayuda.

Se necesita su cooperación para proporcionar la información. Gracias de antemano por su pronta atención y cooperación.

<i>Información del empleador</i>	
Nombre del empleador	
Dirección postal	Ciudad, estado y código postal

<i>Introduzca la información sobre los ingresos solicitada a continuación para cada período de pago de los meses indicados</i>							
Mes de:				Mes de:			
Fecha de pago	Monto bruto	Propinas, si las hubiera	Horas trabajadas	Fecha de pago	Monto bruto	Propinas, si las hubiera	Horas trabajadas

Fecha de contratación: ____ / ____ / ____ En caso negativo, última fecha de empleo: ____ / ____ / ____

¿El empleado aún está contratado? Sí No

Firma de la persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

Cargo de la persona que llena el formulario: _____ Número de teléfono: (____) _____