

Programa de Pago de Cuidado Infantil

Formulario de Autodeclaración de Elegibilidad Categórica

Yo, _____, tenía la certificación de ingresos en los últimos dos años y actualmente estoy certificado como elegible para recibir beneficios o servicios de al menos uno de los programas gubernamentales probados por medios.

Por favor inicialice todos los programas que se aplique:

_____ Medi-Cal

_____ CalFresh

_____ Programa de Asistencia Alimentaria de California

_____ Programa Especial de Nutrición Suplementaria de California para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

_____ El Programa Federal de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

_____ Head Start

_____ Escuela de inicio temprano

_____ CalWorks

Por favor, inicialice la siguiente declaración:

_____ Yo, autodeclaro, no tengo acceso a la solicitud de los programas gubernamentales aprobados por los medios enumerados anteriormente, verificando mis ingresos en el momento de la inscripción. A mi leal saber y entender, mis **INGRESOS BRUTOS** totales declarados en la solicitud para el programa gubernamental probado con los medios anteriores fueron de \$_____.

Nota: Para determinar la aprobación de las horas/horarios de cuidado de niños, se pueden solicitar sus recibos de pago actuales.

Doy fe y declaro bajo pena de perjurio y leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Nombre del padre/guardián

Fecha

Firma del padre/guardián