

# Programa de Pago de Cuidado Infantil

711 East Main St. Quincy, CA 95971 (530) 283-4453 Fax (530) 283-3647

## Declaración de Trabajo por Cuenta Propia

Yo, \_\_\_\_\_ Viviendo en \_\_\_\_\_  
(Nombre/Apellido) (Dirección Física)

Ciudad de \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_ Declarado en \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Que trabajo por cuenta propia. Como trabajador por cuenta propia, realizó las tareas de trabajo enumeradas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del negocio Dirección física de negocio Telefono de negocio

Número de licencia del estado de California/condado de Plumas \_\_\_\_\_

Ganó en promedio (por favor complete uno de los siguientes)

\$ \_\_\_\_\_ Semanal \$ \_\_\_\_\_ Quincenal (cada dos semanas)

\$ \_\_\_\_\_ Dos veces por semana \$ \_\_\_\_\_ Mensual

Forma de pago: \_\_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

Horario de trabajo:	<u>Dom.</u>	<u>Lun.</u>	<u>Mar.</u>	<u>Mier.</u>	<u>Jue.</u>	<u>Vie.</u>	<u>Sab.</u>
Inicio:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Final:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Horas semanales de trabajo: Min:		_____		Max:		_____	

### Como trabajador por cuenta propia entiendo que se aplica lo siguiente:

1. Debo presentar un programa de trabajo por cuenta propia y una declaración de ingresos a mi especialista en cuidado infantil en el momento de mi recertificación para los 12 meses actuales, verificando mis actividades de empleo y mis ingresos para esos meses.
2. El incumplimiento del requisito mencionado anteriormente puede resultar en que el Programa de Pago de Cuidado Infantil me cobre por los reembolsos realizados a mi(s) proveedor(es) de cuidado infantil-
3. La falta de pago de las cantidades que se me facturan o de proporcionar al Programa de Pago de Cuidado Infantil el Programa de Trabajo de Autoempleo y la Declaración de Ingresos, puede resultar en la terminación del Programa de Pago de Cuidado Infantil.
4. La información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes, investigadores especiales (Unidad de fraude) y/u otros según sea necesario para la administración del Programa de Pago de Cuidado Infantil.

**Declaro bajo pena de perjurio y las leyes del Estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre(s)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre(s)

\_\_\_\_\_  
Fecha