



# VERIFICACIÓN DE GASTOS CUIDADO DE DEPENDIENTES

Fecha: \_\_\_\_\_  
 El Nombre de Caso: \_\_\_\_\_  
 El Número de Caso: \_\_\_\_\_

DCF Dirección de la Oficina/FAX #:

**Por favor, rellene el formulario para mostrar cuánto cobrar por el cuidado de niños o personas discapacitadas para: \_\_\_\_\_ y devolver el formulario a nosotros por \_\_\_\_\_.**

1. Por favor, Compruebe **A** o **B**:
- A.  Yo cuido de un niño o una persona con discapacidad para (nombre) \_\_\_\_\_  
 Comencé a tomar el cuidado de este niño o una persona discapacitada en (fecha) \_\_\_\_\_.
- B.  Dejé de tomar cuidado de un niño o una persona discapacitada para (nombre) \_\_\_\_\_  
 en (fecha) \_\_\_\_\_.

2. Por favor, escriba en esta área sobre cada niño o persona con discapacidad que han cuidado al máximo para las últimas cuatro semanas (meses). Por favor, no escribir en los montos vencidos.

Niño o Persona con Discapacidad:	Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cantidad que se paga cada semana o mes	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$
	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$
	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$
	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$	Cantidad: \$

**Lo que he escrito en este formulario es verdadera. Sé que si escribo cantidades que no son ciertas, a propósito, que podría conseguir acusado de fraude.**

Firme Aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_