



## Подтверждение регистрации в программах CCSP Early Head Start/ раннего обучения и оказания поддержки детям Early ECEAP CCSP Early Head Start/Early ECEAP Enrollment Verification

Цель настоящей формы состоит в том, чтобы заявители смогли дать поставщикам услуг разрешение на подтверждение участия их ребенка (детей) в программе Early ECEAP/Early Head Start.

Местное отделение \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Номер дела \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### Для заявителя

#### Разрешение на передачу информации

Настоящим я даю нижеуказанному поставщику услуг свое разрешение на передачу информации в Департамент по делам детей, молодежи и семей (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) в целях определения права участия в программе субсидий по уходу за детьми (Child Care Subsidy Program, CCSP).

Имя поставщика услуг \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия заявителя печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата

### Для поставщика услуг

#### Регистрация в программе

Подтвердите, зарегистрирован ли кто-либо из детей заявителя в одной из следующих программ:

Early ECEAP (для детей в возрасте от рождения до 3 лет)

Early Head Start

#### Зарегистрированные дети

Укажите ниже имена и фамилии всех зарегистрированных детей. Приложите дополнительные листы, если необходимо.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись поставщика услуг

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия поставщика услуг печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата