



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

**Declaração do Colégio ou
Ensino Profissionalizante**
Statement from High School or
Vocational Education

Data:

Número do ID do cliente:

Seção 1: A ser preenchida pelo cliente/estudante.

Autorizo meu empregador a prestar informações ao Department of Children, Youth, and Families.

ASSINATURA DO ESTUDANTE

DATA

Seção 2: A ser preenchida pelo diretor/funcionário da escola.

NOME DO ESTUDANTE

NOME DA ESCOLA

ENDEREÇO DA ESCOLA (rua, cidade, estado, CEP)

O estudante está matriculado em
período integral ou meio período?

Período integral Meio período

DATA DE INÍCIO DO ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO ANTECIPADA

TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO (*marque todas as opções aplicáveis*):

Colégio Ensino Profissionalizante Ensino Fundamental de Suplência

Inglês como Segunda Língua Outro: _____

Observação: Se você estiver realizando um estágio credenciado, preencha o formulário de Verificação de vínculo empregatício (14-252).

TIPO DE LICENCIATURA /
BACHARELADO OU DIPLOMA:

Dois anos

Certificação

Outro: _____

O estudante trabalha? Sim Não

Se *sim*, quantas horas por semana?

Cronograma escolar (*inclua os horários exatos sempre que possível*):

SEGUNDA-
FEIRA

TERÇA-FEIRA

QUARTA-
FEIRA

QUINTA-FEIRA

SEXTA-FEIRA

SÁBADO

DOMINGO

O estudante está em um estágio remunerado? Sim Não

Se *SIM*, preencha o formulário DCYF 14-252, Verificação de vínculo empregatício

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DA ESCOLA

DATA

NOME E CARGO DO FUNCIONÁRIO DA ESCOLA, EM LETRA DE FORMA

NÚMERO DE TELEFONE

Envie o formulário preenchido para:

Fax: 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903