|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)**Declaración de padre/madre soltero(a) para CCSP****CCSP Single Parent Declaration** | TELÉFONO DEL CENTRO DE CONTACTO DEL SUBSIDIO PARA CUIDADO DE NIÑOS | FAX DEL CENTRO DE CONTACTO DEL SUBSIDIO PARA CUIDADO DE NIÑOS |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE | FECHA |
|  |
| **Llene y firme este formulario. Proporcione la información solicitada a continuación sobre cada niño de su hogar. Si necesita espacio adicional, use el reverso de este formulario o adjunte páginas adicionales.** |
| NOMBRE DEL NIÑO | NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE | No puedo proporcionar esta información porque hacerlo podría ser causa de daños físicos o emocionales graves para mí o para un miembro de mi hogar:[ ]  **Sí** **[ ]  No** |
| NOMBRE DEL NIÑO | NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE | No puedo proporcionar esta información porque hacerlo podría ser causa de daños físicos o emocionales graves para mí o para un miembro de mi hogar:[ ]  **Sí [ ]  No** |
| [ ]  Igual que el anterior. |
| NOMBRE DEL NIÑO | NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE | No puedo proporcionar esta información porque hacerlo podría ser causa de daños físicos o emocionales graves para mí o para un miembro de mi hogar:[ ]  **Sí [ ]  No** |
| [ ]  Igual que el anterior. |
| NOMBRE DEL NIÑO | NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE | No puedo proporcionar esta información porque hacerlo podría ser causa de daños físicos o emocionales graves para mí o para un miembro de mi hogar:[ ]  **Sí [ ]  No** |
| [ ]  Igual que el anterior. |
| NOMBRE DEL NIÑO | NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE | No puedo proporcionar esta información porque hacerlo podría ser causa de daños físicos o emocionales graves para mí o para un miembro de mi hogar:[ ]  **Sí [ ]  No** |
| [ ]  Igual que el anterior. |
| **Al firmar este formulario, certifico que soy el padre/madre único de mi hogar y que no vivo con un cónyuge ni con otro padre/madre de alguno de mis hijos. Declaro bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta declaración es verdadera, correcta y completa en la medida de mi conocimiento, y comprendo que de falsificar voluntariamente esta información me hace sujeto de penas dispuestas por la Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)** |
| FIRMA DEL CLIENTE FECHA | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL |