



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Declaración de información
 colateral de CCSP**
CCSP Statement of Collateral Information

OFICINA LOCAL	NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE CASO	FECHA

Sección 1

ASUNTO: _____

El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias está en proceso de determina la elegibilidad de la persona arriba mencionada para un subsidio para cuidado de niños. Proporcione la información solicitada en la sección 2 de este formulario.

_____ **ESPECIALISTA DE SERVICIOS FINANCIEROS**

Sección 2

Autorizo a _____ cuya relación conmigo
 PERSONA O AGENCIA

es _____ para que proporcione la siguiente información al
 MÉDICO, VECINO, FAMILIAR, ETC.

Departamento de Niños, Jóvenes y Familias

_____ **FIRMA DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO**

_____ **FECHA**

Sección 3

A la persona que proporciona la información colateral

Solamente proporcione información que le conste que es verdadera. Firme y feche el formulario y proporcione su dirección y número de teléfono, porque quizá tengamos que comunicarnos con usted. Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington que lo anteriormente expresado es verdadero y correcto. RCW 9.72 y RCW 74.08.055

_____ **FIRMA**

_____ **FECHA**

_____ **DIRECCIÓN**

_____ **NÚMERO TELEFÓNICO**