



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE <input type="checkbox"/> Igual que el anterior.	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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE <input type="checkbox"/> Igual que el anterior.	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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE <input type="checkbox"/> Igual que el anterior.	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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE <input type="checkbox"/> Igual que el anterior.	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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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
-------------------	-------	--