



Oficina Administrativa

2501 S. Pullman Street, Ste. 100 • Santa Ana, CA 92705 • 714-241-8920 • efax 714-640-2332

VERIFICACIÓN DE CERO INGRESOS

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento del Niño:** _____

Nombre hermano/a, si es aplicable

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento del Niño:** _____

Yo _____, entiendo que como parte del proceso de solicitud y elegibilidad,
(Primer Nombre y Apellido del Padre/Guardian en Letra de Molde)

Orange County Head Start, Inc., debe verificar los ingresos familiares antes de determinar que mi hijo (a) es elegible para el programa según §1302.12 de las Normas de Desempeño del Programa Head Start. Por la presente declaro que **no recibo ninguna** de las siguientes formas de ingresos:

- Salarios monetarios o salario antes de deducciones
- Pagos en Efectivo Antes de Impuestos
- Pagos Regulares del Seguro Social o Jubilación
- Asistencia Pública (TANF, SSI, ayudas generales y estipendios de capacitación de asistencia general)
- Beneficios de Seguro Social
- Asistencia de Adopción
- Becas, subvenciones y ayudantías de Colegios/Universidades
- Manutención de Menores (acuerdo verbal o judicial)
- Pensión Alimenticia (corte o acuerdo verbal)
- Compensación por Desempleo
- Compensación por Discapacidad
- Otro apoyo regular de un miembro de la familia ausente o alguien que no vive en el hogar
- Compensación para Trabajadores
- Beneficios para Veteranos
- Beneficia de Huelga de Fondos Sindicales
- Asignación Militar para Familiares
- Ganancias de lotería o apuestas netas

Entiendo que cualquier información fraudulenta, incompleta, o engañosa proporcionada a Orange County Head Start, Inc., con respecto a mi estado de ingresos y empleo puede ser motivo para dar de baja mi hijo del Programa Head Start. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Verified By COA/ERSEA Specialist

Date