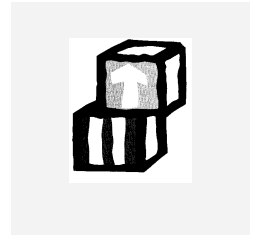




Please return to:
CAP AGENCY HEAD START
 2496 145th St. West
 Rosemount, MN 55068
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



SOLICITE PARA LA COMPROBACION DEL CHILD SUPPORT

A Quien Concierno:

Tenemos que verificar los ingresos de todos los solicitantes que aplican para nuestro Programa de Head Start. El aplicante nombrado abajo ha indicado que él/ella esta/estaba recibiendo los ingresos de su agencia en los últimos 12 meses. Suministre por favor la información solicitada abajo lo antes posible. Toda la información es protegida bajo el Data Privacy Act (Acto de Privacidad de Datos) de Minnesota mientras determinamos su elegibilidad. Gracias.

Head Start Staff: _____

EL SOLICITANTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Número de seguro social: _____

Número telefónico: _____

Mi firma autoriza comprobación de mi información. Usted por la presente es autorizado a proporcionar toda la información solicitada en la indagación.

Firma: _____ Fecha: _____

EL PAGADOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Las cantidades totales que pago para manutención de niño en los meses de:

<u>MES</u>	<u>APOYO de NIÑO</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Completado Por: (escriba) _____ Número telefónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____