

DECLARACIÓN DE LA EXENCIÓN DE INSCRIBIRSE EN TRUSTLINE Y LA EXENCIÓN DE COMPLETAR UNA AUTOCERTIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD

SÓLO PARA USO DEL CONDADO
CASE NAME
CLIENT CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER

INSTRUCCIONES: Este formulario es para una tía, tío o abuelo quien proporciona cuidado a un niño. Usted no necesita tener licencia o estar inscrito en *TrustLine* (Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños) para recibir pagos del Estado por cuidado de niños, pero debe completar este formulario y enviarlo de inmediato al Departamento de Bienestar Social del Condado, al Programa de Pagos Alternativos, o cualquier otra agencia de pagos.

1. Nombre del proveedor _____ Fecha de nacimiento del proveedor ____/____/____
(PERSONA QUIEN CUIDARÁ A LOS NIÑOS)
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
 Teléfono () _____

El Estado de California requiere que usted compruebe que tiene 18 años de edad o más. Por favor adjunte una copia de su licencia de manejar u otro comprobante de su edad.

2. Anote el nombre y dirección de la familia para la cuál usted proporciona cuidado de niños.
 Nombre del padre/madre/adulto responsable _____ Teléfono () _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

3. El cuidado de niños se proporcionará en (*Marque uno*): el hogar del niño el hogar del proveedor

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que por relación consanguínea, matrimonio o decreto de la corte, soy Tía Tío Abuelo(a)

de _____, _____, _____,
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO
 _____, _____, _____,
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO
 _____, _____, _____, a quien proporciono cuidado de niños.
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO

Entiendo que como soy tía, tío, abuelo o abuela del niño o niños mencionados en este formulario, estoy exenta(o) del requisito de solicitar que se me inscriba en TrustLine y del requisito de completar una autocertificación de la salud y seguridad.

Entiendo que no soy un empleado de: el Departamento de Bienestar Público del Condado, el Programa de Pagos Alternativos, ni ninguna otra agencia de pagos.

Entiendo que el dar información incorrecta o incompleta puede resultar en enjuiciamiento con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Declaro que soy el padre/madre/adulto responsable del niño(s) que se menciona en este formulario, que he leído la declaración de mi proveedor de cuidado de niños, y que doy fe que la declaración relacionada al parentesco entre el proveedor y mi niño(s) es verídica.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información que he provisto en esta página es cierta y correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que el dar información incorrecta o incompleta puede resultar en enjuiciamiento con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

Firma del padre/madre/adulto responsable _____ Fecha _____

(SÓLO PARA USO DEL CONDADO O DEL APP)
COUNTY OR APP USE ONLY

Return this form by: _____ to: