



NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos)
----------------------------	--

FORMULARIO 10. VERIFICACIÓN DE GASTOS POR CUIDADO DE NIÑOS

<p>Los grupos familiares que tengan gastos por cuidado de niños no reembolsados deben completar este formulario en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los gastos son para uno o más niños de hasta 12* años de edad inclusive y ○ Es necesario que alguien cuide de los niños para que un miembro de la familia pueda realizar un trabajo remunerado o seguir adelante con sus estudios. <p>ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL JEFE DE FAMILIA Y COMPLETADO Y FIRMADO POR LA PERSONA QUE OFRECE CUIDADO DE NIÑOS</p>	¿Ha completado usted este formulario?	
	Sí <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>

Nombre del menor	Edad del menor	Tarifa pagada durante el año lectivo	Tarifa pagada durante las vacaciones escolares	Frecuencia de pago (por hora, por día, semanal, mensual, anual)	Promedio mensual
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$

Si los gastos por cuidado de niños son por temporadas, esporádicos o no se pueden capturar precisamente en el cuadro anterior, explique: _____

Nombre del proveedor de cuidado de niños: _____ Domicilio: _____
 Contacto: _____ Cargo: _____ Teléfono (requerido): _____

*Si el menor ya cumplió los 13 años de edad, está discapacitado y el hecho de que lo cuiden hace posible que un miembro adulto del grupo familiar pueda trabajar, complete la "Verificación de gastos por discapacidad no reembolsados" (formulario 7).

Certifico que la información que antecede es exacta y entiendo que, en virtud de la ley federal, el hecho de suministrar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción.

_____/_____/_____
FIRMA DEL PROVEEDOR DE LOS CUIDADOS DEL NIÑO **FECHA**

PARA USO EXCLUSIVO DE HPD

Llamada al proveedor realizada el _____ (fecha) por _____ nombre del miembro del personal.

¿Se verificaron los gastos? Sí No Notas: _____