

## Formulario de autocertificación de TANF/FS

Padre/madre/cuidador:	Tamaño de la familia:	Nro. de ID de CCMIS:	Fecha:	
Dirección:				
<b>LISTE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA A CONTINUACIÓN</b>			<b>Estado de inmunizaciones</b>	
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sí</b>	
			<b>No</b>	
			<b>Médico</b>	
			<b>Religioso</b>	
PADRE/MADRE 1:			<b>NO SE APLICA</b>	
PADRE/MADRE 2:				
MENOR 1				
MENOR 2				
MENOR 3				
MENOR 4				
<b>Extensión del plazo para la reunión en persona basada en declaración de dificultad del padre/madre/cuidador</b>				
Debe participar de una reunión en persona a más tardar el _____ ¿Necesita una extensión del plazo para venir a la reunión en persona? _____				
Motivo: _____ _____	<b>A SER COMPLETADO POR EL ELRC</b>			
	Extended to: _____ Face-to-face date: _____ Date of Parent Contact: _____			
<b>Necesidad de cuidado infantil:</b>				
Lunes de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.	Viernes de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.	<b>A SER COMPLETADO POR EL ELRC</b>		
Martes de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.	Sábado de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.	TOTAL # OF HOURS NEEDED: _____ TOTAL # OF HOURS ON AMR/EDP: _____		
Miércoles de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.	Domingo de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.			
Jueves de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.				
Si tiene un hijo en edad escolar, ¿necesita cuidado infantil todo el año? _____ SÍ _____ NO				
Nombres de los menores que necesitan cuidado infantil:				
Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor o proveedores:				
<p><b>He leído esta declaración en su totalidad, o alguien me la ha leído, y toda la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa, dentro de mis posibilidades y según mi leal saber y entender. Entiendo que mi declaración se hace con sujeción al Título 18 del C.S. de Pensilvania, párrafo 4904 (relativo a dar información falsa a las autoridades sin prestar juramento) y que me pueden sancionar con una multa o prisión, o ser declarado no elegible para recibir cuidado infantil subvencionado por hacer declaraciones falsas que puedan afectar mi condición de elegibilidad. Entiendo que si recibo cuidado infantil subvencionado para el que no era elegible, estaré obligado devolver el costo del cuidado infantil que recibí por error.</b></p>				
X _____	X _____	X _____		
<b>Firma del padre/madre/cuidador</b>	<b>Firma del personal de ELRC</b>	<b>Fecha</b>		