



Departamento de
Preservación y
Desarrollo de la Vivienda

División de Recursos para Inquilinos

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 9. VERIFICACIÓN DE GASTOS DE CUIDADO INFANTIL

Los núcleos familiares con gastos de cuidado infantil no reembolsados deben completar este formulario si:

- Los gastos son para el cuidado de un niño o niños menores de 12* años, y
- El cuidado infantil es necesario para que un familiar pueda obtener un empleo remunerado o continuar su educación.

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARLO EL TITULAR DEL CONTRATO DE ALQUILER Y DEBE COMPLETARLO Y FIRMARLO EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

¿Completó usted este formulario?

Sí

No corresponde

Nombre del niño	Edad del niño	Tarifa de pago durante el año escolar	Tarifa de pago durante las vacaciones de la escuela	Frecuencia de pago (por hora, por día, por semana, por mes, por año)	Promedio mensual
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$
		\$	\$		\$

Si los gastos de cuidado infantil son esporádicos, por temporada o no pueden reflejarse con exactitud en el cuadro de arriba, explique: _____

Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____ Dirección: _____

Contacto: _____ Cargo: _____ Teléfono (obligatorio): _____

*Si el niño es mayor de 13 años, tiene una discapacidad, y el cuidado infantil le permite a un miembro adulto del núcleo familiar tener un empleo, complete la "Verificación de gastos no reembolsados por discapacidad" (Formulario 7).

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según las leyes federales.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

FECHA

FOR HPD USE ONLY (SOLO PARA USO DEL HPD)

Call to provider made on _____ (date) by _____ staff member's name

Expenses verified? Sí No

Notas: _____

