



COUNTY OF HENRICO DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

P.O. Box 90775  
Henrico, VA 23273-0775  
Fax: (804)501-4006

Ty F Parr  
Director

FORMULARIO DE VERIFICACION-PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	NOMBRE DEL PROVEEDOR:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

Yo, el abajo firmante, autorizo la siguiente información al Departamento de Servicios Sociales.

_____	_____
Imprimir nombre de padre	Firma de los padres

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL SOLAMENTE

**Complete lo siguiente para cada niño o adulto para el que usted proporcione cuidado:**

<u>Nombre de la persona</u>	<u>Edad en años</u>	<u>Fecha de inicio</u>	<u>El día de la semana se proporciona atención</u>	<u>Tarifa por hora en dólares</u>

**Seleccione uno:**

- Hubo** un cambio en la cantidad de atención que se le dio después del 16 de marzo<sup>de</sup>2020 como resultado de COVID-19?
- No hubo** un cambio en la cantidad de atención que se le dio después del 16 de marzo<sup>de</sup>2020 como resultado de COVID-19?

**Si hubo un cambio en la atención después del 16 de Marzo<sup>de</sup> 2020 competir lo siguiente:**

<u>Nombre de la persona</u>	<u>Fecha de cambio</u>	<u>Promedio anterior de Horas por Semana</u>	<u>Nuevo promedio de horas desde el cambio</u>	<u>Impacto total estimado en dólares</u>

**Qué tipo de pago recibió?**

(Marque todas las que correspondan)

Comprobar

Tarjeta de crédito

Otros

Tarjeta de débito

Efectivo

**Certifico que la información que estoy dando es correcta. Me doy cuenta de que si doy información incorrecta, podría ser procesado bajo la ley.**

---

Nombre impreso de la persona que completa  
este formulario

---

Título

---

Firma de la persona que completa este  
formulario

---

Teléfono #