

Programa de Asistencia y Referido de Cuidado de Niños
Verificación de contribución (Manutención para Niños)

*****Esta forma debe completarse en su totalidad para mostrar la clase y la cantidad de apoyo que su familia esta recibiendo del padre ausente. El apoyo se puede dar de muchas maneras, por ejemplo, alimentos, refugio, dinero y artículos de uso personal. No completar esta forma en su totalidad puede resultar retraso en los servicios del cuidado para niños. ¡Gracias! *****

Nombre del Cliente: _____

Usted ha presentado una demanda ante la División de Si No
Cumplimiento de Manutención para Niños ¿(DCSE)
Numero de Caso _____

Nombre del padre ausente:	Nombre del Niño:	Con que frecuencia:	Cantidad:
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

***** Además de la cantidad anterior, ¿está recibiendo alguna de las siguientes ayudas del padre ausente? Por favor, no incluya SNAP/ Cupones de Alimentos o TANF que pueda recibir *****

Comida: Si No Monto mensual estimado\$ _____

Necesidades diarias: (Productos personales, como fórmula, pañales, ropa, etc.) Si No
Monto mensual estimado \$ _____

Otro apoyo financiero: (Como pensión alimenticia, seguro de auto, pago de automóvil, o utilidades que se han pagado):

¿Recibe el apoyo en efectivo? Si No

Monto total mensual recibido \$ _____

El padre ausente paga por su alquiler/hipoteca como parte del apoyo? Si No

Monto total mensual \$ _____

¿Usted está pagando manutención de niños en nombre de alguien que no vive con usted? Si No

Monto total mensual pagado \$ _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Acepto que pueda ponerse en contacto conmigo si es necesaria una verificación adicional.

Firma: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: _____

Envíe a CCAR por Fax a 703-324-3917 o por e-mail: OFCCCARINFO@fairfaxcounty.gov
Atención: _____ Grupo: _____