 Documentación de Terceros

Doy mi consentimiento para que la Northwest Michigan Community Action Agency (NMCAA) busque documentación de la parte mencionada a continuación para verificar mi estado de vida/ingresos actual.

Firma del Padre / Tutor Fecha

Nombre de terceros Relación con la familia

El nombre del niño Nombre(s) de los padres/tutores Con

respecto a la familia anterior, indique todas las que correspondan a continuación:

Reconozco que proporciono alojamiento

Reconozco que proporciono los gastos de la vida diaria

\_\_\_\_Reconozco que proporciono una cantidad mensual en efectivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma de terceros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

Si la familia no puede proporcionar documentación de ingresos como se indica en el formulario de estado de ingresos familiares, el empleador actual o anterior completará la sección a continuación.

Empleado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en los últimos 12 meses.

Por favor devuelva por fax a o correo electrónico a

Fecha

Para ser completado por el empleador

Yo reconozco que Es / era un(a) empleado(a)

Salarios brutos anuales

Otras explicaciones o comentarios

Original with application packet HSPPS 1302.12(i)(3)(iii) GSRP Eligibility

12/22 (6/23) EHS&HS Team/U/Recruit/ThirdPartyDocumentation Spanish