Solicitud de asistente certificado
Instrucciones de pago

Please return your completed application and check or money order made out to: The "Commonwealth Of Mass."

Envíe su solicitud debidamente completada y un cheque u orden de pago a favor de: Commonwealth Of Mass

Name (Nombre) **CHEQUE U ORDEN DE PAGO**

Street (Calle)
City, State Zip (Ciudad, Estado, Código Postal)

$ 75.00

Pague a favor de: **Commonwealth Of Mass**

Cantidad: **Seventy Five (Setenta y Cinco Dólares) 00/100**

Signature (Su Firma)

Mail to:
Envíe por correo a:

Departamento de Educación Temprana y Cuidado
Regional Office Address
City, MA Zip Code

If you have questions, call: Regional Office
Si tiene preguntas, llame a la: oficina regional

Please retain this information for future reference.
Conserve esta información para referencia futura.