

Certified Assistant Application
Payment Instructions

INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO
DO SEU PEDIDO DE AUXILIAR CERTIFICADO

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

Envie o seu pedido preenchido acompanhado de um cheque ou vale postal em nome de: **"Commonwealth of Mass"**.

Name (nome)	CHECK OR MONEY ORDER
Street (rua)	
City, State Zip (cidade, estado, código postal)	
Pay to the order of: <u>Commonwealth Of Mass</u>	\$ 75.00
Amount: <u>Seventy Five (setenta e cinco dólares) 00/100</u>	
<i>Signature (assinatura)</i>	

Mail to:

Queira enviar o seu pedido para:

Department of Early Education and Care
Regional Office Address (endereço dos
serviços regionais)
City, MA Zip Code (cidade, MA - código
postal)

If you have questions, call: Regional Office

Se tiver qualquer pergunta, contacte os serviços da sua região.

Please retain this information for future reference.

Conserve esta informação para referência futura.