THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
PARENT CERTIFICATION OF LAST DAY OF EMPLOYMENT
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
CERTIFICAÇÃO PARENTAL DO ÚLTIMO DIA LABORAL

APENAS PARA FINS INFORMATIVOS – NÃO PREENCHER O FORMULÁRIO TRADUZIDO

PAI/MÃE – PREENCHA O SEGUINTE:

Certifico, ao abrigo das penas de reclusão e perjúrio, que as informações são corretas e completas tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendo que fornecer informações falsas ou enganosas relacionadas com o meu pedido de assistência financeira do EEC, receber assistência financeira do EEC como resultado de qualquer informação falsa ou enganosa, e/ou o ocultar ou reter informação com o propósito de estabelecer ou manter a elegibilidade ou aumentar o nível de assistência de cuidados infantis pode resultar no cancelamento imediato do meu subsídio de cuidados infantis.

Primeiro dia laboral: _____ Último dia laboral: _____

Honorário p/ hora: $_____ Média semanal de horas:_____

Valor bruto do último recibo salarial: $_____ Posição/Função: _____

Nome da empresa _____

Endereço da empresa: _____

Cidade/Estado/Código Postal: _____

Compreendo que devo proporcionar documentação fiscal (W2's e/ou a declaração de imposto de renda) na minha seguinte reautorização para documentar esta mudança de emprego.

Nome do(a) pai/mãe_____ SSN _____

Assinatura do(a) pai/mãe: _____

Data atual: _____

ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO – PREENCHA O SEGUINTE:

Realizei uma tentativa de contacto com o empregador anterior em _____ e
DATA

- ☐ Obtive êxito em contactar o empregador anterior
- ☐ Não obtive êxito em contactar o empregador anterior

_____ _____
NOME DA AGÊNCIA DO ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO **MEMBRO DA EQUIPA DO ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO**

_____
ENDEREÇO **CIDADE** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

_____
NÚMERO DE TELEFONE **E-MAIL** **NÚMERO DE FAX**