

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL) (EEC)  
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)  
THIRD PARTY HOUSEHOLD VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE TERCEIROS)

**SEÇÃO 1 – Para o(a) pai/mãe/responsável:**

Concordo que \_\_\_\_\_  
NOME DO TERCEIRO

pode compartilhar informações sobre quem reside em minha casa com a agência para confirmar minha elegibilidade para assistência infantil. Entendo que o EEC pode entrar em contato com esse indivíduo para confirmar minhas informações. O EEC também revisará os registros públicos.

\_\_\_\_\_  
NOME DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

**SEÇÃO 2 – Para o terceiro:**

Usamos este formulário para confirmar a elegibilidade para um subsídio de assistência infantil.

**Quem pode assinar este formulário:** Locador; Provedor médico da criança; Trabalhador de intervenção infantil; Funcionário da escola; Assistente social; Auxiliar do(a) pai/mãe/responsável ou outro visitante domiciliar da agência; Visitante domiciliar do Early Head Start/Head Start; Defensor contra violência doméstica; Membros religiosos ou de uma organização da comunidade; Provedor de serviços humanos. **Entre em contato com a Unidade de assistência financeira do EEC pelo número de telefone: 617-988-6600 ou envie um e-mail para: EECSubsidyManagement@mass.gov se não estiver em uma dessas categorias.**

Seu relacionamento com o(a) pai/mãe/responsável:

\_\_\_\_\_

Seu empregador, se relevante:

\_\_\_\_\_

Liste todas as pessoas que residem no endereço do(a) pai/mãe/responsável::

	NOME	IDADE	RELACIONAMENTO COM O(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL
1			
2			
3			
4			
5			

*Para listar outros membros da família, anexe uma folha de papel separada a este formulário.*

**Ao assinar este formulário, confirmo que essas informações são precisas de acordo com o meu conhecimento.**

\_\_\_\_\_  
NOME IMPRESSO

\_\_\_\_\_  
TELEFONE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
DATA

**SEÇÃO 3 - Aprovação do EEC:** \_\_\_\_\_

APROVADOR DO EEC

\_\_\_\_\_  
DATA DE APROVAÇÃO

Administradores do subsídio: O EEC deve aprovar este formulário pelo e-mail: [EECSubsidyManagement@mass.gov](mailto:EECSubsidyManagement@mass.gov) antes de poder aceitar.

**Data de vigência: 23 de junho de 2021**