

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE/ DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
 SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
 RESIDENCY CERTIFICATION FORM / FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA**

El Departamento de Educación y Cuidado Temprano (EEC) requiere que los beneficiarios subsidiados de Cuidado Infantil sean residentes del Estado de Massachusetts. **ESTE FORMULARIO SOLO SE PUEDE UTILIZAR PARA LA REAUTORIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO SI EL PADRE NO PUEDE PROPORCIONAR UN DOCUMENTO APROBADO POR LA EEC QUE CONFIRME LA DIRECCIÓN.**

Yo, _____, doy fe que:
NOMBRE DEL PADRE O MADRE

Marque la casilla que corresponda:

- Actualmente soy residente de la Mancomunidad de Massachusetts y resido en la misma dirección que mi última reautorización ubicada en:

 O

- Me he mudado y todavía resido actualmente en el Estado de Massachusetts y ahora vivo en:

Dirección: _____

Dirección Postal: _____

Numero de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Número de Celular: _____ Correo electrónico: _____

- Entiendo que debo mantener actualizada la información de contacto, que incluye: dirección física, dirección postal, número(s) de teléfono y correos electrónico. Si mi información de contacto cambia durante este período de Autorización, debo comunicarme con mi Administrador de Subsidios para actualizar mi información y completar un Formulario de Información de Contacto de Padres. Se espera que estos cambios se informen de inmediato, a más tardar 30 días después de la fecha del cambio.
- Entiendo que debo ser residente del Estado de Massachusetts para ser elegible para un subsidio de cuidado infantil. Cualquier cambio de dirección fuera del estado puede resultar en la terminación o denegación de mi atención subsidiada.

Certifico bajo las sanciones y penas de perjurio que la información proporcionada es correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre en letra de molde: _____

Nombre de la Agencia Administradora de Subsidios: _____

Miembro del Personal del Administrador de Subsidios: _____

Recibido el: _____
FECHA