



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE SUITE 300, SANTA ROSA CA 95401 TEL (707) 544-3077 FAX (707) 544-2625
WWW.SONOMA4CS.ORG

**Early Care and Education Services
Self-employment Declaration**

(To be completed by business owner)

The following information about your business is required in order to establish eligibility and need for subsidized child care services.

I, _____, declare that I am a self-employed,
_____ and this job precludes my ability to care for my children during work hours.

My business operates _____ hours per week. The days and hours business operates are as follows:

Please state beginning hour and ending hour. (i.e. 8 a.m. to 5 p.m.)

SUN	MON	TUE	WED	THURS	FRI	SAT

Business Description*: _____

How is income collected*: _____

Self-Employed Since: _____

I declare under penalty of perjury that my gross monthly earnings for the month of _____ totaled \$ _____.*

I declare under penalty of perjury that the information provided on this self –employment declaration form is accurate to the best of my knowledge. I understand that I must attach documentation of income and any other supporting documentation. I understand that I must report all changes in my eligibility or need for child care to my 4Cs case manager within ten days of the change.

Owner Signature

Date

Business Name (Please print)

Business Address

(_____)_____
Business Phone Number

*Denotes supporting documentation must be attached.



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE SUITE 300, SANTA ROSA CA 95401 TEL (707) 544-3077 FAX (707) 544-2625
WWW.SONOMA4CS.ORG

Servicios de Cuidado y Educación de la Edad Temprana
Declaración para Dueños de su Propio Negocio
(Debe ser completado por el dueño del negocio)

La siguiente información sobre su negocio, se requiere para poder establecer elegibilidad y necesidad para servicios de cuidado de niños subvencionado.

Yo, _____, declaro que soy dueño de mi propio negocio,
_____ y que éste trabajo me impide cuidar mis hijos durante las horas de trabajo.

Mi negocio opera _____ horas por semana. Los días y horas que el negocio opera, son las siguientes:

Por favor indique la hora en que empieza y acaba. (ej: 8 a.m. a 5 p.m.)

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Descripción del Negocio*: _____

Cómo se reciben las entradas de dinero*: _____

Dueño del Negocio Desde: _____

Yo declaro bajo pena de perjurio, que mi ingreso bruto mensual para el mes de _____ fué de \$ _____ en total.*

Yo declaro bajo pena de perjurio, que la información provista en ésta declaración de dueño de mi propio negocio, es correcta para mi conocimiento. Entiendo que debo adjuntar documentación de ingreso y cualquier otra forma de de documentación de apoyo. Entiendo que debo reportar todos los cambios en mi elegibilidad o necesidad de cuidado de niños, a mi trabajadora del caso en 4Cs, durante los primeros diez días después del cambio.

Firma del Dueño

Fecha

Nombre del Negocio (Por favor en letra de molde)

Dirección del Negocio

(_____) _____
Número de Teléfono del Negocio

*Indica que se debe adjuntar la documentación de apoyo.