VERIFICACION DE HORAS DEL PROPIO NEGOCIO

Para poder verificar la necesidad de los servicios de cuidado, por favor anote las actividades laborales junto con los clientes, y otras actividades conforme a su propio negocio en esta forma y entregue a 4Cs. Por favor en liste todas las actividades conforme a su propio negocio en el espacio de abajo, incluyendo actividades laborales e ingreso por el periodo de 30 dias, comenzando _____ y terminando _____.

Fecha	Horas Trabajadas	Nombre del Cliente	Numero del Cliente	Trabajo Hecho	Cantidad	Methodo de Pago
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque
	a					□ Efectivo □ Cheque

Yo declare bajo la pena de perjurio que la información enlistada arriba es correcta e información verdadera sobre mi historial de trabajo. Yo autorizo que 4Cs verifique mi Empleo para establecer elegibilidad y la necesidad para servicios de Cuidado subvencionado.

Nombre de Padre/Guardián: _____ Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____