



Date

Advisor

Office Address

Telephone No.

Fax No.

Child Care Expense Verification

Case Name	Case No.
-----------	----------

The person named above reports that you provide child care for his/her children. To correctly evaluate the household's situation, the Texas Health and Human Services Commission needs your assistance. Please complete this form and return it to me in the postage paid envelope provided. Please return the form as soon as possible, but no later than _____.

I, _____ give my permission to release the information requested on this form.

Signature

Date

To be completed by child care provider

Name of Child	Cost per Child	How Often Paid	Name of Person Paying You for Child Care

If you recently began caring for this child, when did you receive the first payment for providing child care?

Date: _____ Amount: \$ _____

If you are no longer providing child care services, please provide the date and the amount of the last payment you received from this household.

Date: _____ Amount: \$ _____

Name

Signature

Date

Address	Telephone No.
---------	---------------



Fecha

Consejero

Dirección

Teléfono

Fax

Verificación de gastos de cuidado de niños

Nombre del caso	Núm. del caso
-----------------	---------------

La persona mencionada anteriormente informa que usted cuida a sus hijos. Para evaluar correctamente la situación de la unidad familiar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas necesita su ayuda. Por favor, llene esta forma y devuélvamela en el sobre provisto que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar el _____.

Yo, _____, doy mi permiso para que se divulgue la información que se pide en esta forma.

Firma

Fecha

El proveedor de cuidado de niños debe llenar esta sección.

Nombre del niño	Costo por niño	Frecuencia de pago	Nombre de la persona que paga el cuidado de niños

Si hace poco empezó a cuidar a este niño, ¿cuándo recibió el primer pago por el cuidado de niños?

Fecha: _____ Cantidad: \$ _____

Si ya no ofrece servicios de cuidado de niños, por favor, dé la fecha y la cantidad del último pago que recibió de parte de esta unidad familiar.

Fecha: _____ Cantidad: \$ _____

Nombre

Firma

Fecha

Dirección	Teléfono
-----------	----------