

Departamento Servicios Humanos de
Georgia División de servicios para la familia y
los niños **Declaración de gastos de cuidado
infantil**

Nombre del caso: _____ Numero del caso: _____
 Número del cliente: _____ Núm. de identificación del trabajador: _____
 Número de identificación: _____ Teléfono del trabajador: _____

Yo, _____ certifico que proporciono cuidado infantil para _____
 Nombre del proveedor de cuidado infantil Nombre del padre/madre/tutor

A un costo de \$ _____ por día semana. mes, comenzando desde _____

Nombre del niño (Para quién es el cuidado)	Costo por niño	Pagado por padres/tutor (Encierre uno)	Pagado por otros (Especifique)	Pagado por CAPS
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Una cuota de cuidado infantil es pagada por los padres/cuidador para el niño(s) en cuidado infantil por la cantidad de
 \$ _____ por _____

Firma del proveedor de cuidado infantil

Dirección

Número telefónico

Date