



Suffolk County Department of Social Services

FCSA Child Care Bureau

Verificación De Residencia

Nota importante: Este formulario es para ser llenado por una persona profesional que lo conozca a Usted y a su familia. Esta persona puede ser un médico, abogado, trabajador social, su propietario (si no relacionada con usted), miembro del clero, u otro profesional.

**NO LLENE USTED MISMO. NO DEJE QUE SEA LLENADO POR UN MIEMBRO DE FAMILIA.
NO DEJE QUE SE LO LLENE UN NOTARIO.**

Nombre de Soicitante: _____ Número de Caso: _____ (si aplica)

Yo, _____, por lo presente declaro que la persona nombrada y sus hijo/hija los niños viven en: _____

Al firmar este formulario, yo juro y afirmo que mis declaraciones en este formulario son verdaderos y exactos. Entiendo que si yo intencionalmente falsifiqué información en este formulario o si asistida al solicitante en la falsificación de cualquier información, puedo ser procesado bajo la ley Estatal.

(Firma del Profesional) (Fecha)

Profesión del Firmante _____

Dirección del Firmante: _____

Teléfono del Firmante: () _____

Este formulario puede presentarse al Departamento de Servicios Sociales por:

- Correo: SCDSS – FCSA Child Care Unit, P.O. Box 18100, Hauppauge, NY 11788-8900
- El Coreo Electronico: scdss_daycare@suffolkcountyny.gov
- FAX a: (631) 854-3331 (Si tiene preguntas, llame a (631) 854-3349)