



## VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN LA ESCUELA SECUNDARIA

Formulario del Estado 56896 (R / 4-21)  
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA  
PROGRAMA DE VALES DEL FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL  
(CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

### CONSENTIMIENTO DEL ALUMNO/SOLICITANTE

Con mi firma al pie, doy mi consentimiento para que la escuela mencionada divulgue la información sobre mi inscripción a la Oficina de Elegibilidad que se menciona al pie de este documento. La información es necesaria para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia en el cuidado infantil.

Firma del estudiante / solicitante de CCDF

Fecha (mes, día, año)

Nombre en letra de imprenta

### SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

Dirección postal del estudiante (número y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Nivel de educación actual del estudiante

Fecha de graduación prevista (mes, día, año)

Fecha en la que comienza el año escolar (mes, día, año)

Fecha en la que termina el año escolar (mes, día, año)

Hora a la que comienza el día escolar del estudiante

AM  
 PM

Hora a la que termina el día escolar del estudiante

AM  
 PM

Marque los días que asiste.

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Nombre de la escuela

Dirección de la escuela (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Número de teléfono

( )

Número de fax

( )

Completado por:

Fecha (mes, día, año)

Nombre en letra de imprenta

Cargo

### ENVIAR EL FORMULARIO A:

Nombre de la Oficina de Elegibilidad

Dirección de la Oficina de Elegibilidad (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Número de teléfono

( )

Número de fax

( )