

DCFS Office
Address
Address

Client Name
Address
Address

Fecha: _____
Número de
Seguro
Social: _____
CID: _____
Parroquia: _____
Carga de
casos No.: _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS INFANTILES Y FAMILIARES DE LOUISIANA REPORTE SIMPLIFICADO

Importante: usted debe completar un Reporte simplificado (Simplified Report) en línea en www.dcfs.la.gov/cafe o completar, firmar y devolver este formulario y todos los comprobantes solicitados antes del _____ o podrían cerrarse su Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) y el caso de Asistencia en efectivo, si corresponde.

Si no tiene una cuenta CAFÉ:

Si usted todavía no tiene una cuenta CAFÉ, tendrá que configurar su cuenta CAFÉ a través del siguiente vínculo www.dcfs.la.gov/cafe y seguir estos pasos:

1. Haga clic en el enlace que dice, '¡Si todavía no tiene una cuenta, haga clic aquí para comenzar!'
2. Revise la información en la pantalla y haga clic en 'Siguiente'.
3. Para continuar haga clic en el botón 'Crear cuenta'.
4. Complete el Paso 1: Su información personal.
5. Complete el Paso 2: Identificación de usuario, contraseña y PIN.

**** Anote la información de su cuenta para sus expedientes y no la divulgue a nadie.****

6. Complete el Paso 3: Revisión de seguridad.
7. Complete el Paso 4: Acuerdo de aceptación del usuario (asegúrese de marcar la casilla).
8. Haga clic en el botón 'Crear cuenta' para completar el proceso.
9. Configure sus preguntas y respuestas de seguridad (anótelas) y luego haga clic en Enviar.
10. En la página de Mis cuentas, haga clic en 'Mi informe simplificado'.
11. Haga clic en 'Solicitar ahora' y siga las instrucciones.

Si ya tiene una cuenta CAFÉ

Si ya tiene una cuenta, ingrese su identificación de usuario y contraseña y haga clic en el botón INICIO DE SESIÓN para Ingresar y esto le llevará a la página de Mis cuentas. En la página Mis cuentas, haga clic en Mi informe simplificado lo que le permitirá enviar un Informe simplificado.

Usaremos esta información para asegurarnos de que sigue siendo elegible y está recibiendo la cantidad correcta de beneficios. Los cambios comunicados pueden ocasionar una reducción o la terminación de los beneficios. Usted debe informar sobre los cambios específicos que se han producido desde su última solicitud. Si necesita ayuda para llenar este formulario o para obtener más información acerca de los programas y servicios o para obtener información específica sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

SECCIÓN 1 - Cambio en la dirección y gastos de la familia

1. ¿La dirección postal que aparece arriba es correcta? ☐ Sí ☐ NO ¿Se ha mudado? ☐ Sí ☐ No

2. Complete la siguiente información, si la dirección arriba indicada no es correcta o se mudó:

Calle o Ruta rural _____ N.º de apt. o lote _____ Ciudad y estado _____ Código postal _____

3. Dirección postal si es distinta de la anterior: _____

4. Número de teléfono () _____ De correo electrónico _____

Conteste las siguientes preguntas solo si se ha mudado e indicó una nueva dirección anteriormente. Si se mudó, tiene que decirnos acerca de los cambios en sus costos de vivienda. Si no nos informa acerca de los gastos de su nuevo hogar, usted no obtendrá una deducción de esos gastos.

☐ Renta/Hipoteca \$ _____ ☐ Electricidad/Gas \$ _____ ☐ Teléfono \$ _____ ☐ Otro: _____ \$

¿Es usted responsable de pagar los gastos de calefacción o aire acondicionado de su casa nueva? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 2 - Miembros de la familia - A continuación se presentan los nombres de todas las personas que hemos enumerado viven en su hogar. Revise los nombres y marque "Sí" si es que todavía vive con usted o "No" si no lo hacen.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
	☐	☐		☐	☐		☐	☐
	☐	☐		☐	☐		☐	☐
	☐	☐		☐	☐		☐	☐
	☐	☐		☐	☐		☐	☐

Escriba la información para cualquier miembro nuevo a continuación. (Adjunte una hoja en blanco adicional si necesita más espacio).

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Usted compra y preparar la comida por separado?	Número de Seguro Social	Relación con usted	Ciudadano de los EE.UU.	Fecha en que se mudó
		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	

SECCIÓN 3 - Ingreso del Trabajo. Adjunte pruebas si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas.

Los ingresos brutos (la cantidad antes de impuestos) que se utiliza para determinar sus beneficios se enumeran a continuación.

¿Cambió la cantidad de los ingresos de un empleo en más de \$100 por mes para cualquier persona? Si responde sí, ¿para quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál es la cantidad nuevo? _____		☐ Si ☐ No ☐ No aplicable
¿Alguien ha empezado o dejado de trabajar? Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál es la cantidad de nuevos ingresos? _____		☐ Si ☐ No ☐ No aplicable

SECCIÓN 4 - Los ingresos no devengados. Adjunte pruebas si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas.

El ingreso no ganado que se utiliza para determinar sus beneficios se enumeran a continuación.

¿Ha cambiado la cantidad de los ingresos por desempleo, pensiones, invalidez, Seguro Social, SSI, contribuciones, manutención infantil o de otras fuentes en más de \$50? Si responde sí, ¿para quién? _____ ¿Cuál es la cantidad nueva? _____ Fuente _____	☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable
¿Alguien ha empezado o dejado de recibir ingresos por desempleo, pensiones, invalidez, Seguro Social, SSI, contribuciones, manutención infantil o de otras fuentes? Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Cuál es la cantidad nueva? _____ Fuente _____	☐ Sí ☐ No ☐ No aplica

SECCIÓN 5 - Obligación de Manutención infantil - El importe total de los gastos de manutención infantil que se utilizó para determinar el monto del beneficio es de \$ _____.

¿Algún miembro de su familia tuvo un cambio en su obligación legal de pagar manutención infantil?

☐ Sí ☐ No Si responde sí, adjunte las pruebas.

SECCIÓN 6 - Recursos - Si la cantidad total de dinero que los miembros de su grupo familiar en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones y bonos **aumentaron a más de \$2000**, anote la cantidad total aquí. \$ _____.

SECCIÓN 7 - Números de Seguro Social

Los números del Seguro Social (SSN) se utilizan para recopilar información de fuentes que no son el DCFS para comprobar la identidad de los miembros de la familia, para evitar que las familias obtengan más beneficios de los que tienen derecho, y para identificar grupos de casos que deben ajustarse. Los NSS se utilizan en la revisión de programas, auditorías y coincidencia informática con otras agencias como la Comisión de Fuerza Laboral de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Rentas Internos. La recopilación de los NSS está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 USC 2011-2036), según las enmiendas. Según la Ley de Privacidad de 1974 (PL 93-579), los NSS pueden divulgarse por diversas razones directamente relacionadas con la administración del Programa de Cumplimiento de manutención infantil..

SECCIÓN 8 - Advertencias de multas y firma

Al firmar este formulario:

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este formulario son correctas y completas a lo mejor de mi conocimiento y me comprometo a proporcionar todos los documentos para completar mi informe simplificado.
- Entiendo que las multas por fraude son las siguientes: me pueden enviar a prisión hasta por 20 años y recibir una multa hasta de \$250,000, posiblemente deba reembolsar los beneficios si no era elegible para recibirlos; la primera vez que rompa las reglas a deliberadamente, no podré obtener la asistencia alimentaria durante un año, la segunda vez, dos años y después de la tercera vez no podré recibir asistencia alimentaria de nuevo.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la persona que completar el Formulario o Testigo

Se recordó de:

- ❖ **Contestar todas las preguntas**
- ❖ **Firmar y fechar el formulario**
- ❖ **Enviar la prueba requerida**

Registro de Votante - Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy

Si ☐ No ☐

SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si solicita registrarse o se niega a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará el Departamento de Servicios para Niños y Familias.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en privado.

¿Necesita ayuda del DCFS para completar el formulario de solicitud para registrarse?

Sí ☐ No ☐

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si inscribirse o solicitar inscribirse para votar o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado del Estado de Louisiana, Comisionado de Elecciones, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125, teléfono: (llamada gratuita) 1-800-883-2805.

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Boxes 5 & 13: You must provide your LA driver's license number or LA special identification card number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a LA driver's license number or LA special identification card number has been issued, and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

Boxes 7, 11 & 12: The items 'race/ethnic origin', 'email' and 'phone' are not required but are helpful. Email is protected from disclosure by law.

Box 8: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'no party', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'no party'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 17: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

Box 18: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND CUT HERE BEFORE MAILING.

LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION		OFFICIAL USE ONLY				
LR-1 & 1M, FORM #100		Wd / Dist	Pct	Reg Type	In/Out	REG #
1 Are you a citizen of the United States of America? YES ☐ NO ☐ Will you be 18 years of age on or before election day? YES ☐ NO ☐ If you checked 'no' in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.						
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME)					GIVE LOCATION	
LAST		FIRST			FULL MIDDLE OR MAIDEN	
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)						
HOUSE OR APT. NO. & STREET (IF RURAL, ROUTE & BOX NO.)		CITY OR TOWN		STATE	ZIP	
If NO mail delivery to residential address, check here: ()		MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT				
4 DATE OF BIRTH		5 * SOCIAL SECURITY # (CIRCLE ONE)		6 SEX (CIRCLE ONE)		7 ** RACE / ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)
MONTH	DAY	YEAR	NO YES #	MALE	FEMALE	WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN OTHER:
8 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)			9 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH			10 MOTHER'S MAIDEN NAME
DEM GRN LBT RFM REP NO PARTY OTHER (SPECIFY)			CITY OR TOWN PARISH OR COUNTY STATE COUNTRY			
11 **EMAIL			12 ** PHONE		13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE)	
			HOME () DAY ()		NO YES #	
15 LAST RESIDENCE ADDRESS			16 PLACE OF LAST REGISTRATION		14 Will you require assistance at the polls? (CIRCLE ONE)	
ADDRESS			PARISH OR COUNTY STATE		NO YES IF YES, GIVE REASON :	
17 FORMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE						
AFFIRMATION: I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both. Any false statement may constitute perjury.						
18 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT.						
DATE: _____ / _____ / _____						
19 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE.						
WITNESS SIGNATURE:				WITNESS SIGNATURE:		
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only; full # OPTIONAL. ** OPTIONAL						

ACADIA
568 NW Court Circle
Crowley, LA 70526-4363
(337) 788-8841
ALLEN
P. O. Box 150
Oberlin, LA 70655-0150
(337) 639-4966
ASCENSION
828 S. Irma Blvd. - #205
Gonzales, LA 70737-3631
(225) 621-5780
ASSUMPTION
P. O. Box 578
Napoleonville, LA 70390-0578
(985) 369-7347
AVOUELLES
312 N. Main St. - #E
Marksville, LA 71351-2409
(318) 253-7129
BEAUREGARD
P. O. Box 952
DeRidder, LA 70634-0952
(337) 463-7955
BIENVILLE
P. O. Box 697
Arcadia, LA 71001-0697
(318) 263-7407
BOSSIER
P. O. Box 635
Benton, LA 71006-0635
(318) 965-2301
CADDO
P. O. Box 1253
Shreveport, LA 71163-1253
(318) 226-6891
CALCASIEU
1000 Ryan St. - Rm. 7
Lake Charles, LA 70601-5250
(337) 721-4000
CALDWELL
P. O. Box 1107
Columbia, LA 71418-1107
(318) 649-7364

CAMERON
P. O. Box 1
Cameron, LA 70631-0001
(337) 775-5493
CATAHOULA
P. O. Box 215
Harrisonburg, LA 71340-0215
(318) 744-5745
CLAIBORNE
507 W. Main St. - Suite 1
Homer, LA 71040-3914
(318) 927-3332
CONCORDIA
4001 Carter St., Ste. K
Vidalia, LA 71373-3021
(318) 336-7770
DESOTO
105 Franklin St.
Mansfield, LA 71052-2046
(318) 872-1149
E. BATON ROUGE
222 St. Louis - #201
Baton Rouge, LA 70802-5860
(225) 389-3940
E. CARROLL
P. O. Box 708
Lake Providence, LA 71254-0708
(318) 559-2015
E. FELICIANA
P. O. Box 488
Clinton, LA 70722-0488
(225) 683-3105
EVANGELINE
200 Court St. - Ste. 102
Ville Platte, LA 70586-4463
(337) 363-5538
FRANKLIN
Courthouse
6560 Main St.
Winnsboro, LA 71295-2750
(318) 435-4489
GRANT
Courthouse
200 Main St.
Colfax, LA 71417-1828
(318) 627-9938

IBERIA
300 S. Iberia St. - #110
New Iberia, LA 70560-4543
(337) 369-4407
IBERVILLE
P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(225) 687-5201
JACKSON
500 E. Court St. - #102
Jonesboro, LA 71251-3400
(318) 259-2486
JEFFERSON
P. O. Box 10494
Jefferson, LA 70181-0494
(504) 736-6191
JEFFERSON DAVIS
302 N. Cutting Ave.
Jennings, LA 70546-5361
(337) 824-0834
LAFALETTE
1010 Lafayette St. - #313
Lafayette, LA 70501-6885
(337) 291-7140
LAFOURCHE
307 W. 4th St.
Thibodaux, LA 70301-3105
(985) 447-3256
LASALLE
P. O. Box 2439
Jena, LA 71342-2439
(318) 992-2254
LINCOLN
100 W. Texas Ave., Rm. 10
Ruston, LA 71270-4463
(318) 251-5110
LIVINGSTON
P. O. Box 968
Livingston, LA 70754-0968
(225) 686-3054
MADISON
100 N. Cedar St.
Tallulah, LA 71282-3892
(318) 574-2193

MOREHOUSE
129 N. Franklin St.
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434
NATCHITOCHES
P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(318) 357-2211
ORLEANS
1300 Perdido St. - #1W23
New Orleans, LA 70112-2127
(504) 658-8300
OUACHITA
1650 Desiard St., Ste. B125
Monroe, LA 71201
(318) 327-1436
PLAQUEMINES
P. O. Box 989
Port Sulphur, LA 70083-0989
(504) 934-3620
POINTE COUPEE
211 E. Main St. Floor 2
New Roads, LA 70760-3661
(225) 638-5537
RAPIDES
701 Murray St.
Alexandria, LA 71301-8099
(318) 473-6770
RED RIVER
P. O. Box 432
Coushatta, LA 71019-0432
(318) 932-5027
RICHLAND
P. O. Box 368
Rayville, LA 71269-0368
(318) 728-3582
SABINE
400 Capitol St. - #107
Many, LA 71449-3099
(318) 256-3697
ST. BERNARD
8201 W. Judge Perez - Rm. 104
Chalmette, LA 70043-1696
(504) 278-4231

ST. CHARLES
P. O. Box 315
Hahnville, LA 70057-0315
(985) 783-5120
ST. HELENA
P. O. Box 543
Greensburg, LA 70441-0543
(225) 222-4440
ST. JAMES
P. O. Box 179
Convent, LA 70723-0179
(225) 562-2330
ST. JOHN
1801 W. Airline Hwy.
LaPlace, LA 70068-3344
(985) 652-9797
ST. LANDRY
P. O. Box 818
Opelousas, LA 70571-0818
(337) 948-0572
ST. MARTIN
415 Saint Martin St.
St. Martinville, LA 70582-4549
(337) 394-2204
ST. MARY
500 Main St. - #301
Franklin, LA 70538-6144
(337) 828-4100, ext. 360
ST. TAMMANY
701 N. Columbia St.
Covington, LA 70433-2709
(985) 809-5500
TANGIPAHOA
P. O. Box 895
Amite, LA 70422-0895
(985) 748-3215
TENSAS
P. O. Box 183
St. Joseph, LA 71366-0183
(318) 766-3931
TERREBONNE
8026 Main St., Ste. 101
Houma, LA 70360
(985) 873-6533

UNION
P. O. Box 235
Farmerville, LA 71241-0235
(318) 368-8660
VERMILION
100 N. State St. - #120
Abbeville, LA 70510
(337) 898-4324
VERNON
P. O. Box 626
Leesville, LA 71496-0626
(337) 239-3690
WASHINGTON
Courthouse Bldg.
900 Washington St., #105
Franklinton, LA 70438
(985) 839-7850
WEBSTER
P. O. Box 674
Minden, LA 71058-0674
(318) 377-9272
W. BATON ROUGE
P. O. Box 31
Port Allen, LA 70767-0031
(225) 336-2421
W. CARROLL
P. O. Box 71
Oak Grove, LA 71263-0071
(318) 428-2381
W. FELICIANA
P. O. Box 2490
St. Francisville, LA 70775-2490
(225) 635-6161
WINN
119 W. Main St. - Room 105
Winnfield, LA 71483-3238
(318) 628-6133

OFFICIAL USE ONLY

Address Change

Name Change

Party Change

Remarks

Circle One: PA MV RG SDA SS(Disability)

Received by: _____

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR
REGISTRAR OF VOTERS

VERIFICACIÓN DE SALARIOS
PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR SI NO HAY COMPROBANTES DE CHEQUES DISPONIBLES

Nombre del empleado _____ NSS _____

Nombre del empleador _____ Fecha en que comenzó el empleo _____

Indique con qué frecuencia se paga al empleado (es decir, período de pago):

☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes

¿Se paga al empleado mediante depósito directo? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

Si el empleo es nuevo:

Número de horas que espera trabajar **por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____ Tarifa de pago por hora _____

Número de horas extras que espera trabajar **por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____

Tarifa de pago por hora extra _____

Si espera recibir propinas, cantidad de propinas **Por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____

Complete la tabla que aparece a continuación para mostrar los salarios de los últimos 4 períodos de pago.

Período de pago que finaliza	Fecha de recepción del salario	Horas trabajadas	Tarifa de pago por hora	Pago bruto	Propinas recibidas

¿Está consciente de cualquier otro ingreso que esta persona pueda estar recibiendo? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, origen y la cantidad. _____

Si se da por finalizado el empleo, proporcione la fecha y el motivo por el que ya no es empleado. _____

Fecha de la firma _____

Firma del empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Nombre del empleador en letra de molde o sello _____