

**Formulario de declaración para los bonos para empleados y  
proveedores de cuidado infantil**

**Nombre de la organización:**

**Nombre de la persona que rellena este documento:**

**Fecha en que lo rellenó:**

Al firmar el documento a continuación, certifico que me comprometo a mantener mi empleo con el proveedor de cuidado infantil mencionado anteriormente durante un mínimo de seis (6) meses después de la fecha de la firma para seguir siendo elegible para el bono de retención de \$1,000 otorgado por el MSDE.

**Certificación y declaración**

Al ingresar mi nombre abajo y presentar este formulario electrónico, certifico que:

**Marque la casilla para rellenar la certificación y declaración**

- 1.) la información y los datos que figuran en este formulario son, a mi lea saber y entender, verdaderos, completos y correctos
- 2.) cualquier programa y actividad subsiguiente se llevará a cabo de acuerdo con y en cumplimiento de todas las leyes y reglamentos federales y estatales correspondientes

Nombre y título del empleador de cuidado infantil

Firma del empleador de cuidado infantil

Nombre del empleado del proveedor de cuidado infantil

Firma del empleado del proveedor de cuidado infantil