



## Verificación de Residencia

El Programa de asistencia para el cuidado de niños requiere que los participantes verifiquen que viven en el condado en el que solicitan asistencia proporcionando un contrato de arrendamiento actual, factura de servicios públicos o declaración de hipoteca con su nombre y dirección. Ha declarado que reside con alguien y no tiene ningún comprobante de verificación de dirección. Proporcione este formulario a la persona con la que reside para que ellos lo completen.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de la persona con la que se hospeda el participante) verifico que  
\_\_\_\_\_ (nombre de la participante) vive conmigo en  
\_\_\_\_\_ (dirección), desde el \_\_\_\_

(pon la fecha en que el participante ingresó a su hogar).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Thank you,

**Adams County CCAP**

**Adams County Department of Human Services  
Colorado Child Care Assistance Program  
11860 Pecos St  
Westminster, CO 80234**

**Phone: 720-523-2337  
Fax: 720-523-2201  
Email: [AdamsCCAP@adcogov.org](mailto:AdamsCCAP@adcogov.org)**