



375 Lake Blvd., Ste. #100

530-241-1036; Fax 530-241-2703

Third-Party Verification Consent to Release Form

Child/Applicant's Name: _____ Date of Birth: _____

I _____, give permission for Shasta Head Start Child
(parent/guardian)

Development, Inc. and its representatives to verify any and all information from:

Contact Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

for verification of eligibility purposes during the certification process. I understand all information gathered is strictly confidential.

Print Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Verified by Staff Name: _____ Date contacted: _____

Results: _____



375 Lake Blvd., Ste. #100
530-241-1036; Fax 530-241-2703

Formulario de Consentimiento para Compartir Información para Verificación por Terceros

Niño/Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo _____, doy mi permiso para que Shasta Head Start

Padre/Tutor

Child Development, Inc. y sus representantes para verificar cualquier información de:

Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

Para propósitos de la verificación de la elegibilidad durante el proceso de la certificación. Yo entiendo que toda la información reunida es estrictamente confidencial.

Escribir Nombre: _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Personal que Verificó: _____ Fecha que Contacto: _____

Results: _____
