



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 Development,

(parent/guardian)

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: _____

Signature: _____ Date: _____

Verified by Staff Name: _____ Date contacted: _____

Results: _____



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:

Firma: _____ Fecha:

—

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

Results: _____
