





Si contestó si, por favor explique el tipo de y hasta qué punto anticipa que sea su participación en haciendo decisiones de salud o médicas para este(a) niño(a): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

2. ¿Usted va continuar hacer las decisiones de educación y/o otras decisiones paternas para el/la niño(a)?

Si  No

Si contestó si, por favor explique el tipo de y hasta qué punto anticipa que sea su participación en hacienda decisiones educativas y/o otras decisiones paternas para este alumno: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. ¿Usted va continuar a proveer cual quiera apoyo financiero para este hijo(a)?

Si  No

Si contesto si, por favor marque las opciones por debajo y explique el tipo de y hasta que punto usted va proveer apoyo financiero:

- **Comida**

Si, yo voy a proveer comida y/o reembolsar el guardián de mi hijo(a) para los gastos de comida como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a proveer comida, ni voy a reembolsar para las gastos de comida de mi hijo(a).

• **Ropa y Otras Necesidades**

Si, yo voy a continuar a proveer ropa y/o otras necesidades básicas y/o voy a reembolsar el guardián de mi hijo(a) para las cosas, como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a proveer ropa y/o otras necesidades básicas ni voy a reembolsar al guardián de mi hijo(a) para estas cosas.

• **Vivienda**

Si, yo voy a reembolsar al guardián de mi hijo(a) para los gastos de vivienda de mi hijo(a) como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a contribuir con los gastos de vivienda de mi hijo(a).

• **Atención Médica/Gastos de Tratamientos Médicos**

Si, yo voy a continuar a pagar por los gastos de mi hijo(a) 1) atención medica 2) seguro médico y/o 3) tratamiento médico, como dice lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a pagar para los gastos de mi hijo(a) 1) atención médica 2) Seguro médico o 3) tratamiento médico.

4. ¿Si usted va a declarar impuestos, usted va a declarar el niño(a) mencionado previamente como dependiente en su declaración de impuestos?

Si  No

Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Declaración Certificando las Respuestas Precedente a las Preguntas Presentadas**

Estado de \_\_\_\_\_ )  
 ) SS:  
Condado de Suffolk )

Yo \_\_\_\_\_, soy residente de \_\_\_\_\_, Condado de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, y yo certifico, juro, dispongo y declaro: que soy competente para proveer las respuestas precedentes a las preguntas presentadas, que mis respuestas son basadas con mi consentimiento personal, a menos que indique lo contrario y que mis respuestas son verdaderas y correctas lo mejor de mi conocimiento.

Yo entiendo que mis respuestas a estas preguntas dadas por mí en esta declaración jurada van a ser utilizadas para que el William Floyd School Union Free School District evalúen el derecho legal del niño(a) mencionado previamente para asistir las Escuelas del Distrito, colegiatura gratis, como alumno residente del Distrito. Yo juro/afirmo bajo sanción de perjurio que mi declaración es verdadera y correcta. Yo entiendo que presentando una declaración falsa y robo de servicios de una agencia de gobierno como el Distrito son delitos castigados bajo la ley del Estado de New York y haciendo un testamento falso en esta declaración puede hacerme sujeto a prosecución criminal.

Yo estoy de acuerdo de que si sabiendo o imprudentemente proveo cualquiera información falsa que causa que el Distrito erróneamente concluya que el niño(s) van a ser excluidos de atendencias más allá en las escuelas del Distrito y yo puede ser sujeto a pagar la colegiatura anual por el/los niños, retroactivo al primer día de la matricula fraudulenta.

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Su Firma

Jurado antes de mí  
\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público