

Office  
St. address, city, state, zip  
999.999.9999 phone \* 999.999.9999 fax  
www.wrksolutions.com

Fecha



Cargo, nombre y apellido  
Dirección  
Ciudad, estado, código postal

Número de identificación \_\_\_\_\_

Estimado/a **cargo, apellido:**

Cierta información que nosotros utilizamos para evaluar la elegibilidad de su familia para recibir el apoyo económico para los gastos de cuidado de los niños parece ser incorrecta. ¡Póngase en contacto con nosotros inmediatamente al número incluido a continuación y ayúdenos a obtener la información correcta!

Para continuar brindándole apoyo económico, debemos contar con información precisa sobre usted y su familia en nuestras oficinas **antes de \_\_\_\_\_**.

Si usted no nos proporciona la información que le hemos solicitado a la fecha límite mencionada, dejaremos de pagarle el apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s.

¡Llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece a continuación! Gracias.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono e interno