

**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**

Dr. Robert L. Yeager Health Center  
50 Sanatorium Rd, Building L  
Pomona, New York 10970  
Phone: (845) 364-3797  
Fax: (845) 364-3477  
RocklandCCS@dfa.state.ny.us  
Child Care Subsidy Unit

**Joan M. Silvestri**  
*Commissioner*

**SELF EMPLOYED LETTER – AUDIT DOCUMENTS NEEDED**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Due Date: \_\_\_\_\_

Dear \_\_\_\_\_

In order to properly determine your self-employment income for eligibility under the Child Care Subsidy program, please forward a copy of the following documentation for all persons in the household:

1. All pages of the most recent year's business and personal Federal income tax returns including all schedules, W-2's, 1099's and 1120S if incorporated.
2. Statement of income and expenses covering the last twelve months for any business conducted and proof of business expenses, if any. (copies of cancelled checks, credit/debit card statements, invoices, etc.)
3. Complete, sign and attach supporting documentation to the enclosed Self-Employment Worksheet.
4. Provide the latest pay stubs for any work performed as an employee. If pay varies from period to period, please include pay stubs for any work performed as an employee within the past three months.
5. List the source and amount of any other income received in last three months.
6. Provide all pages for all business and personal bank statements for the past twelve months.
7. Proof of housing costs (mortgage statement or residential lease) and most recent utility bill.

Mail to: Department of Social Services; PO Box 307, Pomona, NY 10970 Attn: Child Care Unit or fax to 845-364-3477 with a cover page that includes my name.

Failure to provide the requested documentation by the due date will result in the denial or closing of your case.

Sincerely,

---

Social Welfare Examiner –364-  
Child Care Subsidy Unit

**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**

Dr. Robert L. Yeager Health Center  
50 Sanatorium Rd, Building L  
Pomona, New York 10970  
Phone: (845) 364-3797  
Fax: (845) 364-3477  
RocklandCCS@dfa.state.ny.us  
Child Care Subsidy Unit

**Joan M. Silvestri**  
*Commissioner*

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Querido \_\_\_\_\_

Para determinar adecuadamente su ingreso por cuenta propia elegibilidad bajo Subsidio de cuidado infantil Programa, envíe una copia de la siguiente documentación Para todas las personas en el hogar:

1. Todas las páginas de la mas año reciente significará y personal Declaraciones federales de impuestos sobre la renta incluyendo todos los horarios, W-2 ' s, 1099 ' s y 1120S si se incorporan.
2. Declaración de ingresos y gastos que cubren los últimos doce meses para cualquier negocio realizado y prueba de gastos de negocio, si los hubiere. (copias de cheques cancelados, extractos de tarjetas de crédito/débito, facturas, etc.)
3. Completa, firme y adjunte documentación justificante a la hoja de trabajo de autoempleo adjunta.
4. Proporcione los últimos talones de pago para cualquier trabajo realizado como empleado. Si el pago varía de un período a otro, incluya talones de pago para cualquier trabajo realizado como empleado en los últimos tres meses.
5. Enumere la fuente y el monto de cualquier otro ingreso recibido en los últimos tres meses.
6. Proporcione todas las páginas para todos los extractos bancarios personales y de negocios durante los últimos tres meses.
7. Prueba of gastos de vivienda (declaración hipotecaria o arrendamiento residencial) y la más reciente Factura.

Correo a: Departamento de servicios sociales; PO Box 307, Pomona, NY 10970 Attn: unidad de cuidado infantil O fax a 845-364-3477 con una portada que incluye mi nombre.

El no proporcionar la documentación solicitada antes de la fecha de vencimiento resultará en la denegación o el cierre de tu Caso.

Sinceramente

---

Examinador de bienestar social – 364-  
Unidad de subsidio de cuidado infantil