

CHILD/FAMILY SERVICES
FORMA DE SERVICIOS Y MERCANCÍAS DONADOS

Agencia Delegada/DO _____ Fecha _____

Opciones de Servicios: ___Centro ___Hogar ___Proveedora FCCH Lugar _____

Descripción de Mercancía	Valor Comercial Razonable	Propósito

El recibo de la donación, escrita arriba, es reconocido por la firma de abajo que es de un empleado autorizado. Es mutuamente entendido que esta contribución será aplicada al programa Head Start y será contada como la participación no federal requerida por la subvención de Head Start.

Firma _____
Donador

Domicilio _____

Firma _____
Representante de la agencia