

Fecha: \_\_\_\_\_

Asignado a: \_\_\_\_\_

Escriba por favor el nombre de proveedor y dirección abajo:

Nombre de Proveedor: \_\_\_\_\_

#Del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

**Determinación Preliminar Para Servicios De Cuidado De Niños**

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)		# De Telefono	Otro # De Telefono
Direccion Postal		Ciudad Y Codigo Postal	
Numero De Seguro Social	Fecha De Nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
Nombre De Esposo(a) (si aplicable)	Fecha De Nacimiento	Numero De Seguro Social	
Estado Matrimonial (circule): Casado Solo Separado Divorciado	TANF: (circle one)	SI or NO	Food Stamps: (circle one) SI or NO
SI ES MADRE O PADRE SOLTERO: TIENE UN CASO ABIERTO CON LA OFICINA DE EL PROCURADOR GENERAL PARA EL MANTENIMIENTO DE SUS HIJOS? SI O NO			
<b>SI NO, USTED DEBE DE ESTAR EN PROCESO DE ABRIR UN CASO CON LA OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL.</b>			

**"TODO" LOS OTROS MIEMBROS DE SU CASA**

Nombre (Apellido, Primero)	Raza	Relacion al aplicante	Fecha De Nacimiento	Numero de Seguro Social	Necesita Guarderia? SI or NO	Lista cualquier discapidades
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**INFORMACION DE EMPLEO/EDUCACION/ENTRENAMIENTO**

	USTED	ESPOSO(A)
Nombre de empleo		
#de telefono de empleo		
Horario de trabajo		
Pago por hora (indique hora, semana, etc.)		
Otro ingreso mensual		
Total ingreso mensual sin deducciones		
Como se le paga (semana, cada dos semanas; dos veces al mes or mensualmente)		
Nombre de escuela o entrenamiento		
# de telefono de escuela o entrenamiento		
Fecha que comenzo/Dias que asiste		
Horas que asiste por semana		
#de creditos completados		
Nombre de otro programa de entrenamiento		
Como supo usted del programa del cuidado de los niños: (circle one) Television Periódico Amigo Pariente Otro: _____		
Tiene su niño(a) alguna necesidad especial? (circule) SI or NO		
Alguien en su casa recibe asistencia del gobierno por incapacidad? (circule) SI or NO		
Si su respuesta es si, nombre esa persona y su relación con el cliente: _____		