



SOLICITUD DE SERVICIOS

Información General

Región _____ Fecha de Radicación _____ / _____ / _____
 día mes año

Año fiscal: _____

Solicitud servicio

Revisión caso activo

Información del Solicitante/Participante

Id Familiar _____

Nombre de Solicitante: _____
(nombre) (inicial) (apellido paterno) (apellido materno)

Fecha de nacimiento del solicitante _____ / _____ / _____ Día Mes Año Número de Teléfono _____

Estado civil: Casado Soltero

Padre o madre menor de 21 años. Nombre del Tutor legal: _____

Correo electrónico _____ Número de Celular: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Familia sin hogar: _____ SI _____ NO

Participa del servicio militar: _____ SI _____ NO

- Servicio Militar Activo
- Miembro de la Guardia Nacional o de la Reserva Militar

Lenguaje Principal en el Hogar:

- Español
- Inglés
- Lenguajes nativos de América Central. Sur o Méjico (ej., Mixteco, Quichean)
- Lenguajes Caribeños (ej., Haitiano –Creole, Patois)
- Lenguajes del Mediano Este o del Sur de Asia (e.g., Arabico, Hebrew, Indi, Urdu, Bengali)
- Lenguaje del Este Asiático (ej., Chinese, Vietnamese, Tagalog)
- Lenguaje nativos de América del Norte y Alaska
- Lenguaje de las Islas del Pacifico (ej., Palauan, Fijian)
- Lenguajes Europeo o Eslavo (ej., Alemán, Francés, Italiano, Croata, Yiddish, Portugués y Ruso)
- Lenguajes Africanos (ej ., Swahili, Wolof)
- Otros (ej., American Sign Language, lenguaje de señas nativo)
- Lenguaje no especificado (La familia no definió su lenguaje principal)



La familia recibe algún tipo de asistencia económica: _____ SI _____ NO

Especifique:

- Vivienda
- PAN
- TANF
- WIC
- Otros _____

¿Los activos de la familia (bienes muebles e inmuebles) exceden un millón de dólares (1,000,000)?
 _____ SI _____ NO

Descripción del Composición Familiar

Nombre y apellidos	Sexo M/F	Fecha de nacimiento D/M/A	ID Miembro	Relación con Solicitante	Ocupación	Incapacidad / N.E	PE



Información sobre la Actividad Permitida

Nombre del padre, madre o encargado y su cónyuge	Adiestramiento			Estudio			Empleo			Nombre de entidad, contacto, dirección, número de teléfono, correo electrónico.
	TP	TC	Total Horas	TP	TC	Total Horas	TP	TC	Total Horas	

Información del menor (es) que recibirán el servicio

Nombre	Id Miembro	Raza						Genero M/F	Fecha de nacimiento día/ mes/año
		H/L	IA/NA	A	N/A	NH / IP	B		

- H/L Hispano o Latino
- IA/NA Indio Americano o Nativo de Alaska
- A Asiático
- N/A Negro, afroamericano
- NH/IP Nativo de Hawái u otra isla del pacifico
- B Blanco



Certifico que el solicitante entregó los siguientes documentos y que estos satisfacen los requisitos del Reglamento #8687 del Programa *Child Care* y del Procedimiento de Elegibilidad:

- Evidencia de empleo
 - Asalariados
 - Auto empleado
- Evidencia de estudios
- Evidencia de adiestramiento
- Certificado de nacimiento de menor(es), evidencia de ciudadanía o estatus legal
- Certificado de nacimiento de familiares mayores de sesenta y dos (62) años de edad que residan en el mismo hogar que el solicitante y posee lazos consanguíneos.
- Evidencia médica o certificación de incapacidad de adulto incapacitado menor de 62 años que residan en el hogar y posee lazos consanguíneos.
- Evidencia de estatus civil
 - Sentencia de divorcio
 - Declaración jurada
- Capitulaciones matrimoniales (si aplica)
- Certificación de Inmunización del menor (PVC III / PVC II)
- Evidencia de dirección física y postal
- Copia de ID de padre, madre o encargado.
- Evidencia de necesidad especial del menor (si aplica)
 - Certificación del Departamento de Salud
 - Certificación del Departamento de Educación
- Evidencia de que el niño(a) se encuentra bajo la protección del Estado, si aplica.
- Documento de que evidencia custodia legal o física del menor.



AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACION DEL PARTICIPANTE

_____ Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesos de monitoria y auditorías internas. Autoriza a su vez el uso de la información para procesos de monitoria y/o auditoria con cualquier entidad estatal o federal con capacidad fiscalizadora ante el proveedor de servicios y/o la ACUDEN.

_____ Certifico que la información ofrecida por mí es verdadera, completa y no he ocultado o dejado de informar datos relacionados con mi situación. Declaro que la cantidad de ayuda económica que se me asigne la utilizaré únicamente para los fines del servicio autorizado. Me comprometo a efectuar los pagos correspondientes al proveedor de servicios de cuidado y a contribuir con la aportación económica que corresponda.

_____ Autorizó a la ACUDEN y sus funcionarios a verificar la información sometida posterior al proceso de determinación de elegibilidad.

_____ Faculto a patronos, instituciones de servicios, educativas, adiestramientos u otras instituciones bancarias, ahorro y crédito u otras personas a ofrecer información que pueda ser utilizada con igual propósito.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

día/ mes/año

Nombre del Tutor Legal

Firma del Tutor Legal

día/ mes/año

Funcionario de la ACUDEN

Firma del Funcionario

día/ mes/año