



NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD – PERSONAS SIN HOGAR

Fecha: _____

Nombre solicitante/participante: _____

Nombre del/los menor(es):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Vigencia: _____
 Desde (día-mes año) Hasta (día – mes –año)

Usted ha solicitado servicios a través del Programa Child Care, para lo cual ha resultado elegible luego de certificar que al momento se encuentra sin hogar. Esta elegibilidad se le otorga únicamente por un periodo de treinta (30) días, mientras usted realiza las gestiones necesarias para obtener los documentos necesarios que permitirán que el Programa Child Care, pueda hacer una evaluación de su caso para la determinación de elegibilidad regular.

Se acompaña a este documento la Lista de Evidencias Requeridas para Determinación de Elegibilidad (CCEG-05-16) y el formulario de Disponibilidad de Servicios del Proveedor (CCEG-06-16).

Su próxima cita será el _____ de _____ de _____ a las _____ en la Oficina

día mes año

Regional de _____. En ese momento deberá presentarse con todos los documentos necesarios para la evaluación. De no asistir a su cita, de asistir sin presentar la documentación necesaria o de entregar documentos inadecuados, se cesará la prestación de servicios y de ser necesario se registrará su solicitud en la lista de espera.

 Coordinador Auxiliar de Elegibilidad

 Región



ACUSE DE RECIBO

Recibido por:

Padre, madre o encargado(a)

Firma

Fecha (día -mes -año)