



INFORMACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE CASO

Región: \_\_\_\_\_

Información del Participante

Nombre de padre, madre o encargado(a): \_\_\_\_\_

Id Familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del menor(es):

Four horizontal lines for entering the name of the minor(s).

Razón para la transferencia: \_\_\_\_\_

Fecha de la transferencia: \_\_\_\_\_

Certifico que luego de revisar el expediente el mismo se encuentra completo y cumple con todos los requisitos del Programa Child Care, para ser transferido a la Oficina Regional de \_\_\_\_\_.

Coordinador Auxiliar de Elegibilidad

Región: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_
(día-mes- año)



Revisado y aprobado por \_\_\_\_\_ de la Oficina de Nivel Central.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (día-mes-año)

\_\_\_\_\_  
Recibido por: \_\_\_\_\_ de la Región \_\_\_\_\_

que continuará brindando servicios a la familia participante.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (día-mes-año)