



**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PROVEEDOR ELEGIBLE**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
 Número Telefónico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ofrece servicios en: (complete el encasillado que aplique)

<b>Centro Licenciado</b>
Nombre: _____
Seguro Social Patronal: ____/____/____
Núm. Lic. Familia: _____

<b>Hogar Exento No Familiar</b>
Nombre: _____
Seguro Social: ____/____/____

<b>Hogar Licenciado</b>
Nombre: _____
Seguro Social: ____/____/____
Núm. Lic. Familia: _____

<b>Cuidador Familiar</b>
Parentesco: _____
Seguro Social: ____/____/____

Identificación:  
 Tipo de Identificación: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Dirección del lugar donde se brindarán los servicios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



**Horario de Servicios:**

Marque con una (x) los días en que brinda servicios y escriba los horarios de entrada y salida de los niños/as para cada día de servicio:

Día	Horario de entrada	Horario de salida
domingo		
lunes		
martes		
miércoles		
jueves		
viernes		
sábado		

De ofrecer servicios de horarios flexibles, favor de especificar días y horas de entrada y salida en la siguiente tabla:

Día	Entrada	Salida	Entrada	Salida

Periodos de Cierre (No disponibilidad de Servicio)			
Mes	Desde	Hasta	Total de días

Certifico que la información incluida en esta solicitud es cierta:

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\*\*\*\*\*

**Para Uso Oficial de la Oficina Regional**

Recibo de Documentos:

Nombre y firma del funcionario autorizado: \_\_\_\_\_

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