

FOR MDHS USE ONLY

TANF Effective Date _____ Registration Date _____
Case Number _____ Received Date _____
Clerk _____

**ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)
SOLICITUD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL**

Consideraremos esta solicitud sin tener en cuenta la raza, el color, la edad, el sexo, la discapacidad, la religión, el origen nacional o las creencias políticas.

Información de los padres/adulto responsable

Nombre: _____

Tél. Celular: _____

Dirección: _____

Tél. de Casa: _____

Tél. de Trabajo: _____

(Debe ser un número válido en el que se le pueda localizar)

Correo Electrónico: _____

Núm. De Seguro Social: _____

Enumere todos los NIÑOS que viven en el hogar y necesitan servicios de cuidado infantil:

NOMBRE	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	Necesidades Especiales*	
	M	F				Si	No

* Las necesidades especiales deben documentarse con un certificado médico o el recibo de beneficios de SSI.

Si está empleado, indique lo siguiente:

Nombre del proveedor: _____ Núm. De ID. _____

Dirección _____ Ciudad _____ Condado: _____

Si está trabajando, proporcione la siguiente información:

Nombre del Empleador: _____ Persona de Contacto: _____

Dirección: _____ Núm. de Tel.: _____

Trabajo ☐ Días ☐ Noches ☐ Horario a turnos ☐ Fines de semana ☐ Sí ☐ No

Yo trabajo ____ a la semana. Enumerar las horas de trabajo diarias: Marque AM o PM		DOM ____ AM/PM a ____ AM/PM
LUN ____ AM/PM a ____ AM/PM	MART ____ AM/PM a ____ AM/PM	MIÉRC ____ AM/PM a ____ AM/PM
JUEV ____ AM/PM a ____ AM/PM	VIER ____ AM/PM a ____ AM/PM	SAB ____ AM/PM a ____ AM/PM

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____