FOR MDHS USE ONLY	
TANF Effective Date _____	Registration Date _____
Case Number _____	Received Date _____
Clerk _____	☐ TWP ☐ TCC

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

Consideramos esta solicitud sin tomar en cuenta raza, color, edad, sexo, minusvalidez, religion, origen nacional, u opinion politica.

Información del Padre/Adulto Responsable

Nombre: _____ Teléfono: celular: (____) _____
 Dirección: _____ Casa: (____) _____
 _____ Trabajo: (____) _____
 _____ **(Tiene que ser un numero valido para alcanzarlo)**
 Correo electrónico: _____ SSN: _____
 (Necesita cuenta de correo electrónico para recibir correspondencia de cuidado infantil DECCD.)

Apunte todos sus NIÑOS Viviendo en el hogar que necesitan servicios de cuidado de niños.

NOMBRE	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	NECESIDAD PARA EL CUIDADO DE NIÑOS		NECESIDADES ESPECIALES	
	M	F				Y	N	Y	N

*Necesidades Especiales tienen que ser documentadas por un médico o el recibo de los beneficios de SSI.

Si está pidiendo Cuidado Infantil Transicional (ITCC), provea lo siguiente:

Actualmente recibe asistencia para el cuidado de los niños apuntados arriba? Sí No

Si sí: Nombre del Proveedor: _____ No. De Identificación _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Condado: _____

Si Usted trabaja, provea lo siguiente:

Nombre de Empleador: _____ Persona de Contacto: _____
 Dirección: _____ Número Telefónico: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____