

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO

PLAZO DE SOLICITUD: 1 MES Siéntase libre de agregar información en otra página si es necesario.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE(S): (imprimir)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 TELÉFONO: _____ CELULAR: _____
 DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

OTRO(S) MIEMBRO(S) DE LA FAMILIA QUE GENERA INGRESOS EN EL HOGAR:

Por favor, incluya también comprobante de ingresos de esta(s) persona(s)

NOMBRE: _____	RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____ CELULAR: _____	EMPLEADOR: _____
NOMBRE: _____	RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____ CELULAR: _____	EMPLEADOR: _____
EMPLEADOR(ES): _____	

Por favor adjuntar todos los documentos financieros de TODOS que trabajan en el hogar.

(Adjunte un talón de cheque que muestre sus ingresos del año hasta la fecha, el ingreso por desempleo, el ingreso de pago en efectivo debe informarse con una carta de su empleador, manutención de los hijos, propinas, cualquier otra forma de ingresos o asistencia que no figure en la lista.)

Si su trabajo es estacional, qué meses son:

TEMPORADA ALTA: ¿Cuántos meses del año son temporada alta? _____

TEMPORADA BAJA: ¿Cuántos meses del año son temporada baja? _____

Número aproximado de horas por semana durante la temporada baja: _____

Indique el mes / año de inicio de empleo para cada trabajo(s): _____

DEPENDIENTES: Número de miembros de la familia, incluido el suyo , que reciben apoyo: _____

NOMBRE: _____	FN: ____/____/____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	FN: ____/____/____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	FN: ____/____/____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	FN: ____/____/____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	FN: ____/____/____	RELACIÓN: _____

POR FAVOR FIRME Y FECHA:

“Yo _____ atestigo bajo pena de perjurio que la información antes mencionada es completa y correcta.

FIRMA: _____ FECHA: _____