



Impreso para Solicitud de Cuidado de Niño

Por favor, complete este impreso y mándelo por Fax a la Oficina de Recursos y Referencias de Cuidado de Niño al numero de fax: 360-671-5096 o mándenlo por correo a:

Child Care Resource & Referral
Opportunity Council
1111 Cornwall Avenue, Suite 200
Bellingham, WA 98225

.....
Información de Padres/Guardián **Fecha:** _____

¿Ha recibido en el pasado referencias de nosotros?. Por favor marque uno: Si _____ No _____
Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono (_____) _____

Se necesita el cuidado cerca de: Hogar _____ Trabajo _____ Escuela _____ Familiar _____ Otro _____
Direccion cerca de donde se necesita el cuidado (otro que el mencionado arriba):
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____
Necesita un proveedor que acepte pagos de subsidio de: DSHS/CPS _____ Otro _____

Le gustaría la lista Por Correo _____ Recogerla en la oficina de Opportunity Council _____
Por correo electrónico (dirección de su correo electrónico: _____)
Por Fax _____ (numero del fax: _____)

.....
Información de la Familia (Toda la información proporcionada es confidencial)

Es usted la : Madre _____ Padre _____ Abuelo _____ Padre de Crianza _____
Trabajadora Social _____ Otro, por favor especifique: _____

Estado de Empleo: _____
Tamaño de la familia _____ Numero de padres /adultos en el hogar: 1 _____ 2 o mas _____
Fecha de su nacimiento: _____ / _____ / _____

¿Como se entero de nuestro servicio? _____
¿Por qué necesita cuidado de niño? _____
¿Sus ingresos mensuales son menos de? \$2,200 _____ \$2,766 _____ \$3,334 _____ \$3,900 _____
\$4,466 _____ \$5,034 _____ \$5,600 (dólares)

¿Tiene usted seguro de salud para su niño/niños? Si _____ No _____
¿Tiene seguro dental para su niño/niños? Si _____ No _____

.....
(El Impreso para la Solicitud de Cuidado de Niño continua al otro lado de esta pagina)

.....
Información del Niño/a

Tipo de cuidado preferido: Centro Licenciado de Cuidado de Niño ____ Hogar de Familia Cuidado de Niño
Licenciado ____ Idioma Preferido _____
Escuela Elemental a la cual su niño/a asiste _____ Fecha que empezara el cuidado _____

Niño/a # 1 Genero: Masculino _____ Femenino _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ponga un circulo a los días que necesita: **Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo**
Horario: Desde las _____ hasta las _____
¿Tiene algunas necesidades especiales, horarios (tal como antes y después de la escuela), transportación, o servicios adicionales (tales como dejarlos en el cuidado, componente preescolar, componente de edad escolar, etc.)? *Por favor explique.*

Niño/a # 2 Genero: Masculino _____ Femenino _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ponga un circulo a los días que necesita: **Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo**
Horario: Desde las _____ hasta las _____
¿Tiene algunas necesidades especiales, horarios (tal como antes y después de la escuela), transportación, o servicios adicionales (tales como dejarlos en el cuidado, componente preescolar, componente de edad escolar, etc.)? *Por favor explique.*

Niño/a # 3 Genero: Masculino _____ Femenino _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ponga un circulo a los días que necesita: **Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo**
Horario: Desde las _____ hasta las _____
¿Tiene algunas necesidades especiales, horarios (tal como antes y después de la escuela), transportación, o servicios adicionales (tales como dejarlos en el cuidado, componente preescolar, componente de edad escolar, etc.)? *Por favor explique.*

Niño/a # 4 Genero: Masculino _____ Femenino _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Ponga un circulo a los días que necesita: **Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo**
Horario: Desde las _____ hasta las _____
¿Tiene algunas necesidades especiales, horarios (tal como antes y después de la escuela), transportación, o servicios adicionales (tales como dejarlos en el cuidado, componente preescolar, componente de edad escolar, etc.)? *Por favor explique.*

La Oficina de Cuidado de Niño y de Referencias hace todo lo posible para proporcionar referencias a las familias en un plazo dentro de un día laboral, Si embargo, en ocasiones cuando estamos trabajando con clientes o participando en algunas reuniones cabe la posibilidad de que tome 2 días en proporcionar referencias.

Muchas gracias por su interés en nuestros servicios, Un especialista en la referencia de cuidado de niño pondrá toada su información en nuestra base de datos, hará una búsqueda especifica, y generara una lista de proveedoras licenciadas de cuidado de niños que encajen las necesidades de usted y de su familia. Por favor, no dude en llamarnos si tiene preguntas, comentarios, o para saber como elegir un cuidado seguro y apropiado al numero de teléfono (360) 734-8396 extensión 227 (en el Condado de Whatcom) o al numero 888-444-1862 extensión 227 (en los Condados de Island y de San Juan.)

- *El personal de Cuidado de Niño y Recursos para la Familia*