

A.B.C.D. Inc. 1070 Park Ave., Bridgeport, CT 06604



202-366-8241 ext. 225

Solicitud Para Cuidado De Ninos

Favor tracer prueba de Ingreso Economico, Certificado de Nacimiento del nino (a), tarjeta de Seguro Social, targeta Medica y el Examen Fisico con esta splicitud.

Como usted se ha emterado de este cuidodo de nino? _____

Seccion I- Elegibilidad del Nino(a)

Servicios requerido: (seleccione uno) Todo el dia y/o ano 7:30 am – 5:30 am Medio dia/medio ano 9:30 am-2:00 pm

Nombre del Nino: _____
Nombre Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ SS _____ Sexo M F

Direccion: _____
Numero/ Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono: _____ **Area:** _____

En que area de la ciudad usted vive: West Side East Side South Side North End Hollow

Language(s) hablado: Primario _____ Secundario _____

Habilidad para hablar ingles: Muy bien Bein Regular No save

Seccion II – Composition Familiar

Usted recibe algunos de estos tipos de asistencia? Energy Assist. Medicaid Health Insurance Food Stamps

Nombre del Adulto Encargado: _____
(Jefe de Familia) Nombre Inicial Apellido

Relacion con el nino: _____

Persona empleada o estudiante: (Seleccione la(s) que Aplique)

- Empleado (a)
- Estudiante
- Ningunos de los anteriores

Otro Adulto Encargado (a): _____
(Financieramente) Nombre Inicial Apellido

Persona Empleada o Estudiante: (Seleccione la(s) Aplique)

- Empleado (a)
- Estudiante
- Ningunos de los anteriores

Nombres de ninos Yotros miembros de familia y edades _____

Certifico que la information proveida en esta aplicacion es correcta y verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento.

Firma del padre o encargado: _____

Declaracion de Confidencialidad: *Todo informacion compartida sera mantenida estrictamente confidencial al memos que usted lo autorizarlo por escrito.*

Estos formularios seran manteniedos bajo llave