

# PLANES DE CUIDADO ANUAL

Por favor llene este plan anual de cuidado para cada uno de los niños que requieran subsidio



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Por favor indique sus horas de trabajo/escuela que asiste cada día (ej. 9:00 am – 5:00 pm)

Domingo: \_\_\_\_\_

Lunes: \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_

Miércoles: \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_

Sabado: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor indique las horas que necesita cuidado para su hijo(a)

Domingo: \_\_\_\_\_

Lunes: \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_

Miércoles: \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_

Sabado: \_\_\_\_\_

Identifique las fechas que necesitara cuidado infantil:

A partir de: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Hasta: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

## Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- Centro de cuidado infantil
- Head Start
- Cuidado antes y/o después de la escuela
- Proveedor de cuidado infantil familiar
- Proveedor de cuidado en casa
- Campamento de Verano
- Programa preescolar del departamento de educación

Proveedor de cuidado:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

# PLANES DE CUIDADO DURANTE EL VERANO



**\*\*\*LLENE ESTA FORMA SOLO SI SUS NECESIDADES DE CUIDADO CAMBIAN DURANTE EL VERANO\*\*\***

Por favor indique las horas de cuidado que necesitara para su hijo(a)

Domingo: \_\_\_\_\_

Lunes: \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_

Miércoles: \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_

Sabado: \_\_\_\_\_

Indique las fechas que el cuidado de verano será requerido:

A partir de: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Hasta: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

## Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil             | <input type="checkbox"/> Head Start  | <input type="checkbox"/> Cuidado antes y/o después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado en casa                      |  |
| <input type="checkbox"/> Campamento de Verano                   | <input type="checkbox"/> Programa preescolar del departamento de educación |  |

Proveedor de cuidado:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor tome en cuenta:** Si su hijo(a) requiere cuidado en ½ días, festivos o vacaciones durante el año escolar, usted será responsable de pagar cualquier gasto adicional al costo de este tipo de cuidado. Recuerde checar **el costo total por cada uno de sus hijos**. Si el costo de su proveedor de cuidado infantil es mayor que el pago máximo permitido usted será responsable por el saldo. Este saldo se denomina cargo por exceso y debe pagarse además de su copago. Este Programa no es responsable de ninguna tarifa adicional cobrada por el proveedor de cuidado infantil, incluidas, entre otras, las tarifas de transporte y actividades.

\*\*\*For Official Use Only\*\*\*

Care Plans were Completed:  In person with applicant(s) Date: \_\_\_\_\_

By phone with applicant(s) Date: \_\_\_\_\_

SCM: \_\_\_\_\_ Family ID#: \_\_\_\_\_ WLS #: \_\_\_\_\_