



Government of the Virgin Islands of the United States

# DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Office of Childcare & Regulatory Services

## Programa de Subsidios, Recursos y Referencias SOLICITUD PRELIMINAR

No.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ TAMAÑO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ (requerido) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a)

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NOS. DE TELÉFONOS: \_\_\_\_\_  
TRABAJO CELL HOGAR

LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

ESCUELA O PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO: \_\_\_\_\_

¿ERES UN PADRE ADOLESCENTE? SÍ NO

INGRESO ANUAL: \$ \_\_\_\_\_ INGRESO DE MANUTENCIÓN DE MENOR: \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE DE NIÑO(S) \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solo para uso oficial

ELIGIBILITY  COMPLETED  NO LONGER INTERESTED  NO SHOW  OTHER

INELIGIBILITY  INSUFFICIENT HOURS  NOT IN COMPONENT  OVER QUALIFIED

Si se le considera elegible, se le colocará en la lista de espera según la disponibilidad de fondos; sin embargo, si no es elegible, se le notificará.