



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

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

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ (Obligatorio)

Marque uno	
Soltero(a)	
Casado(a)	

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

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

Nº DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TRABAJO CELL HOGAR

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

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

¿ERES UN PADRE ADOLESCENTE? SÍ NO

INGRESO ANUAL: \$ \_\_\_\_\_ INGRESOS DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS: \$ \_\_\_\_\_

TAMAÑO DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

	Nombre del niño(s) que solicitan asistencia	Fecha de nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Proveedor de elección: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información anterior es correcta y verdadera. Entiendo que la información será verificada. También entiendo que la información falsa deliberada resultará en un retraso o descalificación de mi subsidio para el cuidado de niños.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Official use only
<input type="checkbox"/> ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> COMPLETED <input type="checkbox"/> NO LONGER INTERESTED <input type="checkbox"/> NO SHOW <input type="checkbox"/> OTHER
<input type="checkbox"/> INELIGIBILITY <input type="checkbox"/> INSUFFICIENT HOURS <input type="checkbox"/> NOT IN COMPONENT <input type="checkbox"/> OVERQUALIFIED

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