Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

ANEXO B

INFORMACIÓN SOBRE LOS INTEGRANTES MENORES DEL HOGAR

- UN FORMULARIO POR MENOR-

1. INFORMACIÓN PERSONAL

GÉNERO: ☐ Femenino ☐ Masculino		Afinidad étnica (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/Latino	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional)	Residente de Montana: ☐ Sí ☐ No
CIUDADANÍA DE LOS EE. UU.: ¿Se trata de un menor que requiere cuidados? ¿Es ciudadano de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No			
RAZA: ☐ asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Caucásico/Blanco ☐ Nativo americano ☐ Nativo hawaiano/de las islas del Pacífico ☐ Nativo de Alaska			Afiliación tribal ☐ Sí ☐ No Tribu _____
Nombre del solicitante (jefe de familia)		Relación con el solicitante	

2. NECESIDADES ESPECIALES

¿El menor tiene necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, consulte a su asistente social sobre otros servicios para niños con necesidades especiales.

3. EDUCACIÓN

¿El menor asiste a la escuela? (Incluido preescolar o jardín de infantes) ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, complete la información a continuación		
Este niño/a: actualmente cursa _____ grado o estará en _____ grado (en el otoño).		
Nombre de la escuela	Primer día de clases	Último día de clases

DÍAS Y HORARIO DE ASISTENCIA A LA ESCUELA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día

SOLO PARA	**CS** _____ **CE**_____	**HoH Nombre**	**Fecha de recepción**

USO DE LA OFICINA DE CCR&R	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Razón	Fecha de la determinación	Determinación a cargo de:

Formulario de Información sobre los menores del hogar - PÁGINA 2

Nombre del menor del hogar	Nombre del solicitante

4. MANUTENCIÓN DEL/DE LA MENOR

¿El/la menor tiene a uno de sus padres que no vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Las familias con uno de los padres ausente del hogar deben cumplir con las disposiciones de la División de Cumplimiento de Manutención de Menores o deben recibir manutención de menores por orden judicial.

- A continuación, marque cómo cumple con los requisitos de manutención de menores.

☐ Colaboración con CSED	Núm. de caso en CSED	¿De dónde proviene la manutención del/de la menor?	Importe mensual
☐ Plan de crianza aprobado judicialmente		¿De dónde proviene la manutención del/de la menor?	Importe mensual
☐ Reclamo por motivo justificado (vea el formulario de motivo justificado)			
Indique con qué estado o tribu colabora			

5. CUSTODIA COMPARTIDA/RÉGIMEN DE VISITAS

Si su hijo/a pasa algunos días con su otro progenitor, describa el régimen de visitas o los acuerdos de custodia compartida. Indique las horas y los días en que el menor está con usted, según el acuerdo de custodia compartida o el régimen de visitas.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día
Si el horario varía por favor explique						

6. PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL

- Enumere todos los proveedores que prestan servicios para su hijo/a.
- Debe completar un Plan de Servicios de Cuidados Infantiles por cada proveedor que tenga su hijo/a y debe incluir los horarios en que el/la menor necesite estar al cuidado del proveedor.

b. PROVEEDOR NÚM. 1	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **NÚM. DE PV**
b. PROVEEDOR NÚM. 2	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR

	NÚM. DE PV
b. PROVEEDOR NÚM. 3	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **NÚM. DE PV**

Iniciales del trabajador _____