



Formulario de Relación entre Niño y Proveedor(a) de Cuidado

Llene este formulario cuando un niño que necesita Asistencia para Cuidado de Niños vive con un proveedor(a) de cuidados, familiar o tutor(a) legal en lugar de vivir con sus propios padres.

Cómo usar este formulario

1. Llene todos los campos de información
2. Incluya verificaciones (si aplica)
3. Entregue el formulario al Departamento

Comunicarse con el Departamento

Teléfono: 1-877-456-1233
Fax: 1-866-434-8278
Correo: P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026
En línea: healthandwelfare.idaho.gov

Información sobre el(los) niño(s) que está(n) solicitando Asistencia para el Cuidado de Niños

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

Información sobre usted y su relación con el(los) niño(s)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido

Elija una:

- Soy un familiar (no soy uno de los padres) que cuida a el(los) niño(s) mencionado(s) arriba.
¿Cuál es su relación con el(los) niño(s)? _____
- Soy tutor(a) legal del niño. ***Tiene que presentar documentación legal para verificar su derecho de tutor(a).**

Información sobre el resto del hogar

En la tabla de abajo, haga por favor una lista de las siguientes personas: su cónyuge, sus hijos (menores de 18), y cualquier niño(a) que tenga parentesco o relación con el(los) niño(s) alistado(s) arriba. Indique cuál es la relación de cada uno con usted y también la relación de ellos con cada uno de el(os) niño(s) que está(n) solicitando asistencia.

Primer nombre	Apellido	Relación con usted	¿Está relacionada esta persona con el niño(s) alistados(s) arriba?
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si así es, ¿cómo?
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si así es, ¿cómo?
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si así es, ¿cómo?
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si así es, ¿cómo?

Firma (debe ser completado)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo la información que he reportado es verdadera y completa.

 Nombre en letra de imprenta del proveedor(a) de cuidados/tutor(a) legal Firma del proveedor(a) de cuidados/tutor(a) legal Fecha