



# 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. <b>Si así es, ¿cómo?</b>
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <b>Si así es, ¿cómo?</b>
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <b>Si así es, ¿cómo?</b>
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <b>Si así es, ¿cómo?</b>

## 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*