CFS 2000-A/S
7/2019

Estado de Illinois
Departamento de Servicios para Niños y Familias

# CASOS DE SERVICIOS PARA FAMILIA INTACTA - FORMULARIO DE REFERENCIA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL DEL DCFS/DHS

En cumplimiento de la Sección 9A-11 del Código de Ayuda Pública de Illinois, enmendado por P.A. 100-0860: Elegibilidad de los Servicios Iniciales de Cuidado Infantil para Familia Intacta con niños menores de 5 años (5), DHS prestará servicios de guardería a los niños menores de 5 años enumerados a continuación durante seis meses inmediatamente después de la fecha de cierre del caso de Servicios para Familia Intacta. El CFS 2000-A se debe presentar a la oficina de DHS correspondiente al menos 45 días antes de la fecha prevista del cierre del caso de Servicios para Familia Intacta.

**DCFS/POS Nombre del Trabajador:** _____ **Número de teléfono:**_____

**Dirección de correo electrónico del trabajador de DCFS/POS:** _____

**Numero CYCIS del caso de Servicios Familia Intacta:** _____

**Fecha de cierre del caso de Servicios Familia Intacta:** _____

## PARTE I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Esta sección debe ser completada por el padre/madre con la ayuda de su trabajador de Servicios para Familia Intacta según lo sea necesario. (Por favor use N/A para las respuestas que no apliquen)

_____ _____
Padre/Guardián NOMBRE Padre/Guardián Apellido Inicial del Segundo Nombre

_____
Dirección de Residencia

_____ _____
City Estado Código Postal

_____
Dirección Postal (si es diferente de la residencia)

_____ _____
Número de Teléfono Durante el Día Número Móvil

_____
Dirección de Correo Electrónico

## PARTE II NIÑOS PARA LOS QUIENES SE SOLICITA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Esta sección debe ser completada por el padre/madre con la ayuda de su trabajador de Servicios Familia Intacta según lo sea necesario.

**Proporcione la siguiente información para cada niño que necesite servicios de cuidado infantil. Si tiene hijos adicionales, duplique esta página y proporcione la información solicitada.**

| Nombre del niño (Apellido, Nombre) | Fecha de Nacimiento | Relación con el solicitante | FECHA FINAL de cuidado de niños (si se sabe) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |