

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PROGRAMA DE REEMBOLSO POR DAÑOS DE NIÑOS DE CRIANZA

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA

NOTA: Todas las secciones que correspondan deben ser completadas y el formulario debe ser firmado y fechado, y enviarlo a: Foster Child Damage Reimbursement Program Coordinator, DCFS, 100 W. Randolph, 6th Floor, Chicago, IL. 60601. Telefono 312-814-7294.

Por favor refiérase a las instrucciones en la página 3. Cada ítem numerado corresponde con el ítem del mismo número en el formulario.

1. PADRE DE CRIANZA	Nombre	Teléfono de casa #	
		Celular #	
	Dirección	Ciudad	Código postal
	Correo electrónico		
2. NIÑO DE CRIANZA & TRABAJADOR DEL CASO	Nombre	Fecha de nacimiento	DCFS ID#
	Nombre del trabajador del caso	Agencia del trabajador del caso	
	Dirección para envío de correo del trabajador del caso	Teléfono del trabajador del caso #	
3. UBICACIÓN & FECHA DEL INCIDENTE	Fecha	Hora	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	Dirección, Ciudad & Estado		
4. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE & PROVEEDOR DE SEGURO DEL SOLICITANTE	Nombre del solicitante	Dirección para envío de correo del solicitante	
	Dirección de casa	Teléfono de casa #	Número de seguro social del solicitante #
	Compañía de seguro del solicitante	Póliza de seguro #	Nombre & teléfono del agente asegurador #
	Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Hogar		
5. INFORMACIÓN POR LESIONES PERSONALES	Nombre de cada persona lesionada	Fecha de nacimiento	
	Dirección de la persona lesionada	Teléfono de la persona lesionada #	
	Nombre y Dirección del empleado, padre o guardián		
	Nombre del proveedor de seguro de salud	Teléfono #	
	Dirección del proveedor de seguro de salud	Póliza #	
	Naturaleza y extensión de la lesión personal		
	Nombre y dirección del proveedor de servicio médico	Teléfono #	
6. INFORMACIÓN DE DAÑOS A LA PROPIEDAD	Dueño de la propiedad dañada	Seguro social # del dueño de la propiedad	
		Teléfono #	
	Dirección del dueño	Ciudad	Código postal
	Liste todos los artículos que fueron dañados o destruidos		
	Vendedor original, fecha de compra & precio de compra	Teléfono del vendedor #	
	Vendedor original, fecha de compra & precio de compra	Teléfono del vendedor #	
	Vendedor original, fecha de compra & precio de compra	Teléfono del vendedor #	
Total estimado del costo por la reparación/reemplazo de los artículos dañados según el dueño			

7. TESTIGOS	Nombre y Dirección		Teléfono #
	Nombre y Dirección		Teléfono #
	Nombre y Dirección		Teléfono #
8. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE			
		Nombre y Dirección de la Agencia de la póliza a quien el incidente fue reportado (si se hizo)	Fecha reportada
9. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE			
10. FIRMA	Nombre del padre de crianza	Identificación # del padre de crianza	
	Firma del padre de crianza	¿Con licencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Hogar del pariente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Fecha	
11. CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR DEL CASO	Por medio de la presente certifico que he observado los daños o lesiones aquí descritos y que la descripción anterior de los daños o lesiones es: <input type="checkbox"/> precisa y yo respaldo esta solicitud. <input type="checkbox"/> no es precisa y yo no respaldo esta solicitud		
	Nombre de la agencia del trabajador del caso _____		
	Nombre del trabajador del caso _____	Teléfono del trabajador del caso# _____	
	Firma _____	Fecha _____	

Por favor adjunte todos los recibos, estimaciones y las declaraciones del reclamo del seguro para cada artículo, lesión o servicio solicitado anteriormente.

INSTRUCCIONES

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO POR DAÑOS DE NIÑO DE CRIANZA

1. PADRE DE CRIANZA

Por favor proporcione el nombre, dirección de casa y número de teléfono celular con el código de área, y dirección electrónica del padre de crianza.

2. NIÑO DE CRIANZA & TRABAJADOR DEL CASO

Proporcione el nombre, la fecha de nacimiento y el número de caso del DCFS del hijo de crianza que causó el daño o lesión. También incluya el nombre del trabajador del caso del menor y el nombre, dirección y teléfono de su oficina.

3. UBICACIÓN & FECHA DEL INCIDENTE

Proporcione el día, mes, año, hora y la dirección completa y la ubicación del lugar donde ocurrió el incidente.

4. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE & PROVEEDOR DE SEGURO DEL SOLICITANTE

Proporcione los nombres, direcciones, números de teléfono y número de la póliza del proveedor de seguro que el reclamante tiene actualmente en vigor, incluidos los de empleadores o el seguro escolar. Adjuntar una prueba de que un reclamo se presentó a las compañías de seguros y una copia de su disposición. Incluya el número de seguro social del solicitante.

5. INFORMACIÓN POR LESIONES PERSONALES

Por favor, proporcione la información completa sobre cada parte que sufrió una lesión incluyendo su información de contacto y número de seguro social. Si esa parte tiene una compañía de seguro aplicable, escriba el nombre de la compañía, dirección, número de teléfono y el número de póliza del lesionado. Proporcione el nombre, dirección y teléfono del médico, hospital, servicios de ambulancia, o clínica que brindó servicios a la parte lesionada.

6. INFORMACIÓN DE DAÑOS A LA PROPIEDAD

Por favor, nombre de cada objeto dañado o destruido, y proporcione la documentación del vendedor original, la fecha de compra y el precio de compra para cada artículo, y al menos dos estimaciones de los costos de reparación o reemplazo por empresas o compañías establecidas, junto con el formulario de solicitud cuando se presenten. También proporcione el nombre, dirección y teléfono de las empresas que dieron las estimaciones. Por favor, indique el nombre, dirección, teléfono y número de seguro social del dueño de la propiedad dañada.

7. TESTIGOS

Por favor proporcione el nombre, dirección y número de teléfono, junto con otra información sobre cualquier testigo del incidente.

8. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Use otra hoja de papel si es necesario. Sea tan específico como sea posible. Por favor, mencione la hora, fecha, dirección postal, nombre de todos los presentes y una descripción lo más precisa posible del incidente, incluyendo lo que pasó, cuándo, dónde, por qué y quién causó qué lesión o daño a quién. Incluya la información de contacto del departamento de policía que se contactó también.

9. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Proporcione cualquier otra información que considere relevante para la solicitud. Por favor, incluya el nombre y la dirección del trabajador del caso y la agencia de servicios social o departamento de bomberos al que el incidente fue reportado.

10. FIRMA

El padre de crianza de un niño que daña cosas debe que firmar el formulario, introducir su número de identificación de los padres de crianza, la fecha, y devolverlo al trabajador social del niño. Él o ella debe indicar si tienen licencia y / o está registrado como el hogar de un pariente.

11. CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR DEL CASO

El trabajador del caso del DCFS o POS del niño debe revisar la solicitud y marcar la casilla que corresponda, firmar y fecharla y enviarla al Coordinador FCDRP, Departamento de Servicios para Niños y Familias, 100 W. Randolph, 6th Floor, Chicago, IL. 60601