



Cuidame, Inc.
Carr. 185 Km. 0.9 Local 2 A
Plaza Rial, Canóvanas, PR 00729

Solicitud para ser considerado para el programa de Hogares de Crianza

FECHA DE SOLICITUD _____

____ ACTUALMENTE DESEMPLEADO ____ ACTUALMENTE TRABAJANDO A TIEMPO PARCIAL
____ TRABAJANDO A TIEMPO COMPLETO ____ RETIRADO ____ PENSIONADO

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES:

SOLICITANTE 1: _____

SOLICITANTE 2: _____

HIJOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

OTRAS PERSONAS QUE RESIDEN EN EL HOGAR:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN FISICA DEL HOGAR: _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

TELEFONO DE LA RESIDENCIA: _____ CELULAR: _____

INGRESO MENSUAL FAMILIAR: _____

¿POSEE VEHÍCULO Y LICENCIA? SI ____ NO ____

¿TRABAJA USTED FUERA DEL HOGAR? SI ____ NO ____

¿EN QUE HORARIO TRABAJA? _____

¿CON QUIÉN CUENTA USTED PARA OFRECERLE APOYO EN LA SUPERVISIÓN DE ALGÚN

MENOR QUE RESIDA CON USTED? _____

Certifico que he recibido orientación completa sobre los requisitos del programa de hogares de crianza terapéuticos y en específico los requisitos para que el hogar sea certificado. Conozco las metas que persigue el programa y el perfil de los menores con los cuales trabaja.

FIRMA DEL SOLICITANTE

PAREJA