



Programa de transición de verano Formulario de información de elegibilidad

Escriba el nombre de manera clara y en letra de imprenta tal como aparece en el certificado de nacimiento.

Apellido legal																			
Nombre legal																			
Segundo nombre legal															Sufijo que indique el tratamiento (Jr.,II,III)				
N.º de seguro social del niño							Fecha de nac. (D/M/A)							Sexo					
____-____-____							____/____/____							<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M					

Indique si en la actualidad su hijo recibe alguno de los siguientes servicios

- Servicios para niños y padres (CAPS, por sus siglas en inglés)
- Programa de asistencia para la nutrición complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)
- Medicaid
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
- Ninguna de las anteriores

Si seleccionó alguno de los servicios antes descritos, **deberá proporcionar documentación para verificar su participación activa** en el programa. Si seleccionó más de una opción, será suficiente con presentar documentos que verifiquen la participación en uno de los servicios.

Firma del padre/tutor

Fecha

Para uso de la oficina del programa únicamente

Si las familias participan de alguno de los servicios antes mencionados y se presentó la documentación que lo confirma, los programas podrán usar el Formulario de información de elegibilidad del Programa de transición de verano en lugar del Documento de elegibilidad de ingresos.

Se verificó la participación actual en el programa indicado:

Sí
Indicar tipo de documentación recibida: _____
Otro: _____

No
Si no se puede verificar la participación actual en el programa, se deberá completar el **Documento de elegibilidad de ingresos** para determinar la aptitud.