



**Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Comisionado de Instituciones Financieras**

SOLICITUD DE PARTICIPACION PROGRAMA DE CUIDO DE NIÑOS

Fecha Solicitud _____

Nombre del padre o madre
empleado/a de la OCIF _____

Categoría del Empleado: () Carrera () Confianza () Otros

Dirección residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono residencial: _____

Nombre del padre o madre que *no* trabaje en OCIF _____

Lugar de Trabajo _____

Nombre del menor _____ Sexo F () M ()

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Social del Centro de Cuido o de la Institución Educativa _____

Centro de Cuido o Institución Educativa _____

Dirección física _____

Dirección postal _____

Costo mensual del cuidado _____

¿Recibe aportación económica de alguna agencia gubernamental, federal o empresa privada para el cuidado de su hijo(a)? () Sí () No

De contestar en la afirmativa, indique cuál _____ Cantidad de la aportación
\$ _____

CERTIFICACION:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es cierta, verídica y correcta y que de no ser así, será causa suficiente para ser inelegible de participar en el Programa de Cuido de Niños.

Firma del Empleado/a de OCIF

Fecha

Para Uso Exclusivo de la División de Recursos Humanos

Esta solicitud fue: () aprobada () denegada

Razones en caso de denegación: _____

Encargado/a del Programa

Director/a de Recursos Humanos

Certificación de Presupuesto

Fondos Disponibles ()

Fondos No Disponibles ()

Oficial de Presupuesto

Fecha

Comisionado/a Auxiliar de Administración

Fecha