



Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts
 Autorización de Cuidado de Niño

Name _____ SSN _____
 Address _____ TAO _____
 City/Town, ZIP _____ Date _____

Estimado(a)

Para obtener un cuidado infantil usted debe comunicarse con la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (Child Care Resource and Referral Agency - CCR&R) indicada aquí para obtener un comprobante de éstos servicios.

Sírvase notificar que el proveedor del cuidado infantil, **no recibirá** pago por este cuidado si ha empezado antes de que la CCR&R haya emitido su comprobante.

Sírvase notificar que usted debe de reportar a su gerente de la unidad de asistencia (AU Manager) cambios en sus ingresos o de los componentes de su actividad en un periodo de 10 días después de efectuarse este cambio.

Si su caso de TAFDC esta cerrado y usted esta recibiendo beneficios de Cuidado Infantil Transicional, usted debe informar los cambios en sus ingresos a la consejera/o de CCR&R en un periodo de 10 días después de efectuarse este cambio.

CCR&R Nombre, Dirección y número telefónico: _____

INFORMACIÓN ACERCA DEL BENEFICIARIO

Programa:	Subsidio Mensual:
Numero del Telefono:	Otros Ingresos:
Fecha de nacimiento:	Fecha de Cierre del Caso:
Idioma principal:	Razón del Servicio:
Origen Etnico:	Raza:

Incorpore la actividad(es), las fechas de inicio y terminación del actividad(es), y las horas de inicio y terminación por día para cada actividad.

Actividad Componente	Fecha Inicial	Fecha Final	Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sab.
Horas Totales*									

*Las Horas Totales indicadas más arriba no incluyen el período de tiempo que le toma al beneficiario viajar desde y hacia la actividad cuando la compañía que ofrece cuidado de niños no ofrece servicios de transporte. Por lo tanto, las horas adicionales se deben agregar a las Horas Totales.

Las Horas Totales pueden fluctuar, en rara ocasión, si hay un cambio inesperado en la actividad componente. Ajustes se deberán hacer al grado posible.

(véase el reverso)

Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts
Autorización de Cuidado de Niño

Name _____

SSN _____

Address _____

TAO _____

City/Town, ZIP _____

Date _____

Si usted tiene preguntas o no está de acuerdo con la información sobre esta referencia de cuidado de niño, llame a su trabajador en el número de teléfono especificado abajo. Si no está de acuerdo con la información sobre esta referencia, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia delante de un jurado de audiencia del Departamento del Ayuda Transitoria. Si usted no está de acuerdo con la acción tomada por el CCR&R o por el proveedor de cuidado de niño, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia delante de un jurado de audiencia del Departamento of Early Education and Care.

Nombre(s) del (los) niño(s)

Fecha(s) de nacimiento del(los) niño(s)

Print AU Manager Name

Telephone Number

TAO Fax Number

If one of these situations applies, please check the appropriate box, sign and return referral to DTA

All CC Referrals Refused by Recipient

CC Not Available at this time

Signature of CCR&R Counselor

Date