

**Autorización de Cuidado de Niño  
Massachusetts Department of Transitional Assistance**

Date \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY/TOWN, ZIP \_\_\_\_\_

TAO \_\_\_\_\_ TAO Phone Number \_\_\_\_\_

Estimado

Esto es una autorización para que usted lleve a su Agencia de Cuidado de Niño enumerada abajo para obtener un pago para los servicios del cuidado de niño. El pago del cuidado de niño no se puede fechar con una fecha del pasado.

Los proveedores de Cuidado de Niños no recibirán pago hasta que una autorización sea sometida por la Agencia de Cuidado de Niño.

Usted tiene la obligación de informar su trabajador social y consejero de la Agencia de Cuidado de Niño cualquier cambio en sus ingresos o actividad dentro de 5 días.

Nombre y dirección de la Agencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DEL BENEFICIARIO**

Programa:

Subsidio Mensual:

Numero del Telefono:

Otros Ingresos:

Fecha de nacimiento:

Fecha de Cierre del Caso:

Idioma principal:

Razon del Servicio:

Origen Etnico:

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

Activity	Start Date	End Date	Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sab.
<b>Total Hours</b>									

**El número total de horas no incluye tiempo necesario del transporte.**

Nombre(s) del (los) niño(s)

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of AU Manager

\_\_\_\_\_  
Date