Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
Agencia de Cuidado Infantil de FCSA
Formulario de Información de Padre/Madre Ausente

Nombre del Solicitante/Beneficiario: _____ ***Caso N°:*** _____*(si corresponde)*

(Complete solamente en caso de padre/madre que NO vive en el hogar. Complete una sección separada para CADA padre/madre que está ausente del hogar. Adjunte una hoja adicional, si es necesario)

Nombre del padre/madre ausente _____

N° de Seg. Social_____ **Fecha de nacimiento**_____

Dirección _____

_____

Número de teléfono: (_____) _____

Nombre(s) de el/de los niño(s): _____

_____

_____

Nombre del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

_____

Horario de trabajo (ingrese el horario habitual en el que trabaja todos los días):

___ - ___ **Lunes**; ___ - ___ **Martes**; ___ - ___ **Miércoles**;

___ - ___ **Jueves**; ___ - ___ **Viernes**

___ - ___ **Sábado**; ___ - ___ **Domingo**

¿El padre/madre ausente visita al/a los niño(s)?

En caso afirmativo, ¿cuándo?_____

_____

¿El padre/madre ausente paga manutención infantil?
____Sí; ____No

- **En caso negativo, ¿por qué no?**

  _____

- **En caso afirmativo, complete la siguiente información:**
  ___ ¿Voluntaria? ___¿Por orden de un Tribunal?
  (Adjunte copia)
  Monto total de la manutención: $ _____
  Frecuencia:
  ___Semanal, ___Cada dos semanas, ___Mensual
  Manutención destinada a Cuidado Infantil
  (si la especifica la orden del Tribunal): $_____

Nombre del padre/madre ausente _____

N° de Seg. Social_____ **Fecha de nacimiento**_____

Dirección _____

_____

Número de teléfono: (_____) _____

Nombre(s) de el/de los niño(s): _____

_____

_____

Nombre del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

_____

Horario de trabajo (ingrese el horario habitual en el que trabaja todos los días):

___ - ___ **Lunes**; ___ - ___ **Martes**; ___ - ___ **Miércoles**;

___ - ___ **Jueves**; ___ - ___ **Viernes**

___ - ___ **Sábado**; ___ - ___ **Domingo**

¿El padre/madre ausente visita al/a los niño(s)?

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

_____

¿El padre/madre ausente paga manutención infantil?
____Sí; ____No

- **En caso negativo, ¿por qué no?**

  _____

- **En caso afirmativo, complete la siguiente información:**
  ___ ¿Voluntaria? ___¿Por orden de un Tribunal?
  (Adjunte copia)
  Monto total de la manutención: $ _____
  Frecuencia:
  ___Semanal, ___Cada dos semanas, ___Mensual
  Manutención destinada a Cuidado Infantil
  (si la especifica la orden del Tribunal): $_____

Form CCB-6010-003 (Rev. 03/2015)

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900

www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
N. ° de fax de la Unidad de Cuidado Infantil: (631) 854-3331