

IDENTIFICACIÓN DE CASO	
CONDADO	NÚMERO DE REGISTRO DE PELICAN

NOMBRE

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

**Por la presente autorizo y solicito la divulgación a el Centro de Recursos de Aprendizaje Temprano (ELRC) para contactar a las fuentes confiables para la investigación de información relevante para la verificación de: identidad; residencia; empleo; educación y actividades de capacitación; tamaño de la familia y composición; cuidado y control de menores que viven con un abuelo, tío o tía; ingresos; y cualquier información adicional relevante para la elegibilidad para el Programa de Cuidado Infantil Subsidiado para mí y/o para las personas en cuyo nombre se pagan los beneficios. Entiendo que la información obtenida se utilizará únicamente para los fines relacionados directamente con la determinación de mi elegibilidad para el Programa de Cuidado Infantil Subsidiado.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE ELRC

\_\_\_\_\_  
FECHA

---

NOMBRE DEL PADRE

---

**NO COPIAR ESTA SECCIÓN - PARA USO EXCLUSIVO DE ELRC**

En el caso de que yo no pueda ser localizado, autorizo a ELRC  
a contactar a la persona(s) identificada a continuación:

**La agencia de ELRC está autorizada a comunicarse o hablar con las siguientes personas en mi nombre.**

Nombre:	Número de teléfono:	Relación:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

\_\_\_\_\_  
FECHA