

CUESTIONARIO DEL INDIVIDUO NO RELACIONADO

El Programa de la Asistencia del Cuidado del Niño de Colorado (CCCAP) debe determinar si un adulto no relacionado que vive en su hogar actúa como un padre a su niño(os) y le proporciona apoyo financiero a usted y a su niño(os). Conteste por favor las preguntas siguientes.

I. ¿Hay CUALQUIERA VIVIENDO EN SU CASA QUE no ES RELACIONADA A USTED ni A SUS NIÑOS?

SI, Nombre del Individuo: _____ *Por favor conteste todas las preguntas en secciones II, III y IV.*

NO, *Por favor sáltese adelante a la sección IV.*

II. Asistencia Financiera : Hace al individuo no relacionado que vive en su hogar proporciona cualquiera del siguiente a usted o a su niño(os): **SI** **NO**

Algunos ejemplos de ayuda financiera:
Rutinariamente pague cuentas médicas para cualquier miembro de su familia.
Proporciona seguridad de enfermedad para cualquier miembro de su familia
Le permite utilizar su débito o las tarjetas de crédito.
Mantiene una cuenta bancaria conjunta con usted o su niño(os).
Posee o compra un automóvil colectivamente con usted o su niño(os).
Posee/compra bienes raíces, inclusive su hogar, con usted o su niño(os).
Paga 100% del refugio y la utilidad cuesta para usted y su niño(os).

III. Cuidar de los niños: Hace al individuo no relacionado que vive en su hogar proporciona la toma de decisiones diarias y la guía para su niño(os): **SI** **NO**

Algunos ejemplos del cuidar de los niños:
Rutinariamente compre la ropa para su niño(os).
Paga los honorarios para actividades fuera del programa de estudios o colegio privado.
Decide a su niño(s) el futuro acerca de educar o la religión
Rutinariamente disciplina a su niño(os).
Rutinariamente ayuda con la tarea o los proyectos de escuela.
Rutinariamente asista a la escuela de su nov o actividades fuera del programa de estudios.
Es reconocido por la escuela, el proveedor de cuidado de niño o la oficina de medico para tener la capaz de firmar para servicios en su lugar.
Rutinariamente hace decisiones acerca de actividades diariamente de vivir tal como la hora de acostarse, la ropa, yendo a amigos, etc.

IV. Atestiguo que el encima de información es verdad y correcto.

El Nombre Imprimió de solicitante/participante

Numero de Seguro Social

Firma de solicitante/participante

Fecha

Si usted necesita ayuda, díganos. Su trabajador le ayudará.

Los Servicios
Proporciona:

