



LICENCIA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH
3152 CLAY MANGUM LANE
TAMPA, FLORIDA 33618
TELÉFONO: (813) 264-3925
FAX: (813) 264-2118

PRE-SOLICITUD PARA HOGAR DE CUIDADO DEL NIÑO
(LLÉNELO A MÁQUINA O CON TINTA)

Por favor, envíe esta pre-solicitud debidamente completa con el pago no reembolsable de \$25.00 en cheque o giro postal pagadero a BOCC (Board of County Commissioners).

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

FAX: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI CORRESPONDE): _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROPIETARIO DE LA VIVIENDA DONDE USTED VIVE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿HA RECIBIDO ANTES UNA LICENCIA COMO PROVEEDOR DE UN HOGAR DE CUIDADO DEL NIÑO?
SÍ _____ NO _____

DE SER ASÍ, ¿BAJO QUÉ NOMBRE TENÍA USTED LICENCIA? _____

¿EN QUÉ DIRECCIÓN TENÍA USTED LICENCIA? DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿CUÁNDO CERRÓ SU HOGAR DE CUIDADO DEL NIÑO? _____

MIEMBROS DE SU FAMILIA/OTROS VIVIENDO EN LA PROPIEDAD:

1. _____ RELACIÓN/PARENTESCO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
2. _____ RELACIÓN/PARENTESCO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
3. _____ RELACIÓN/PARENTESCO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
4. _____ RELACIÓN/PARENTESCO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____