|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Joven: | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | # de DSS (Si lo sabe): | | |
| Nombre del Trabajador Social: | | | Numero de Teléfono: | | | | | | | |
| Nombre del Proveedor de Cuidado: | | | Numero de Teléfono: | | | | | | | |
| **Información del solicitante (si es diferente al joven o al trabajador social que fue mencionado anteriormente)** | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | **Agencia/relación al Nino:** | | | | | **Numero de Teléfono:** | | | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | | | | **Estado:** | | | | **Código Postal:** | |
| **La Solicitud fue revisada por:** | | Trabajador Social | | | | Proveedor de Cuidado | Joven | | | Ninguno |
| **Articulo/Actividad que se está Solicitando\*\*** | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Campamento |  | Clases |  | Deportes |  | Elementos necesarios para apoyar a las metas de preparación para la vida independiente | |  | Actividades Extracurriculares por parte de la escuela |  | Viajes |  | Otra Cosa |  | Artículos que son necesarios para apoyar la participación de los jóvenes en cualquiera de las actividades que se mencionaron anteriormente | |  | Productos o artículos utilizados para mejorar la apariencia y el bienestar personal que los fondos de cuidado de crianza no cubren (por ejemplo, productos qué son culturalmente importantes, cabello/citas para las unas, otros productos para el cuerpo/de belleza, etc.) | | | | | | | | | Descripción del articulo/actividad y como apoya el bienestar del joven (incluir las fechas de inicio y de finalización del viaje, campamentos, clases u otras actividades: | | | | | | | | |  |  |  | | --- | --- | | ¿Ha recibido el joven Fondos de Enriquecimiento antes de esta solicitud? | No  Si: Fecha y Cantidad |   **\*\*Nota: Si el artículo/actividad solicitada requiere autorización del Tribunal de Menores, asegúrese de tener la aprobación del tribunal antes de presentar la solicitud.**   |  | | --- | | **Información del beneficiario** | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Único Costo |  | Pago continuo: Frecuencia de pago | | | |  | Pago por adelantado a una empresa/organización |  | Reembolso al proveedor de cuidado |  | Reembolso a los jóvenes |   Costo de la actividad/articulo:       (Todas las solicitudes de viaje y todos los costos de actividades/artículos superiores a $500 requieren preaprobación) | | | | | | | | | | |
| Haga el cheque a nombre de: | | | | Numero de Teléfono: | | | | | | |
| Dirección: | City: | | | | Estado: | | | | Código Postal: | |
| Dirección postal para el cheque (Si es diferente a la dirección de arriba): | | | | | | | | | | |

Envié la solicitud y el comprobante de compra, factura o recibo a [CFWBFamilyFlexFunds.HHSA@sdcounty.ca.gov](mailto:CFWBFamilyFlexFunds.HHSA@sdcounty.ca.gov) y al trabajador social del joven. Aprobación y distribución de fondos puede tardar hasta 6 semanas.

|  |
| --- |
| **Authorization for County Payment** |

*For County use only (Solo para uso del condado)*

Payee Name:       Payment Amount $:       Date of Service:

Approved by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title:

Reviewed by Policy Analyst:       Date: