|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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: