

**REQUEST FOR TANGIBLE GOODS, CHILD CARE AND ANCILLARY SERVICES  
(SOLICITUD DE BIENES CORPORALES, CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS  
COMPLEMENTARIOS)**

Nombre del niño/a	Edad
Nombre y dirección del padre (madre) de crianza temporal	
Motivo de la solicitud	
Describe la necesidad especial del niño/a	
<b>IDENTIFIQUE EL SERVICIO</b> <input type="checkbox"/> <b>Bienes corporales</b> <input type="checkbox"/> Modificaciones edilicias <input type="checkbox"/> Equipos médicos <input type="checkbox"/> Aparatos de comunicación <input type="checkbox"/> Materiales educativos especializados <input type="checkbox"/> Otros bienes <input type="checkbox"/> <b>Cuidado de niños</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Servicios complementarios</b> <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Clases particulares a domicilio <input type="checkbox"/> Clases especializadas <input type="checkbox"/> Otros servicios	
Monto total solicitado: <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Única vez    <input type="checkbox"/> Recurrente</span>	
Firma del asistente	Fecha
Firma del supervisor	Fecha
AUTORIZADO POR: Gerente del Área de Servicios	
Fecha	