



2017

MARINE CORPS RESERVE



Formato de Aplicación

Esta forma deberá ser retenida por la agencia que inscriba al niño a este programa.

Requisitos

1. El Padre/Madre o Guardián del niño-Debe mostrar una Identificación con fotografía y su Tarjeta de Seguridad Social.
2. Un comprobante de domicilio reciente.
3. Número de Seguridad Social de cada niño
4. El niño sólo recibirá juguetes por parte de un solo centro de distribución-Por favor no se inscriba en más de una agencia o sitios CLC.

Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián: _____ SS#: _____
Use letra de molde

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ # Miembros de la Familia: _____

Agencia (que inscribe al niño): _____

Trabajador de la Agencia: _____ Teléfono del mismo: _____
Use letra de molde

Información del (los) niño(s):

Last 5 Digits

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	SS#	EDAD	NIÑO	NIÑA
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			
		XXX-X -			

Total de Niños: _____ # Total de Niñas: _____

Yo, (padre/madre o guardián) _____ a través de este medio autorizo a (agencia) _____ para la difusión de información, pertinente a mí y/o a cualquiera de las personas nombradas a continuación, hacia otras agencias o grupos comunitarios relacionados con la recepción de ayuda en días de fiesta.

Fecha: _____