

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Joven: \_\_\_\_\_

F. NAC.: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Estado de discapacidad \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

## Información de contacto del

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ *(dirección)*  
\_\_\_\_\_ *(ciudad, estado, C.P.)*  
\_\_\_\_\_ *(teléfono principal)*  
\_\_\_\_\_ *(correo electrónico)*

## Información de los hermanos

Nombre: _____	F. NAC.: _____
Etnia: _____ Género _____	Estado de discapacidad: _____
Nombre: _____	F. NAC.: _____
Etnia: _____ Género _____	Estado de discapacidad: _____
Nombre: _____	F. NAC.: _____
Etnia: _____ Género _____	Estado de discapacidad: _____
Nombre: _____	F. NAC.: _____
Etnia: _____ Género _____	Estado de discapacidad: _____
Nombre: _____	F. NAC.: _____
Etnia: _____ Género _____	Estado de discapacidad: _____

Incluya información de hermanos adicionales en el reverso.

**\*\*Todas las solicitudes deben ir acompañadas de una Autorización de Información FAP actualizada y firmada.**

Situación actual/objetivo del bien o servicio: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Otras fuentes de financiación que se hayan intentado (Antes de utilizar los fondos de CMP se deben agotar todas las demás fuentes de financiación): \_\_\_\_\_

Plan de sostenibilidad (¿cómo pagará la familia los servicios una vez que la FAP haya proporcionado la financiación?)

---

---

---

¿El joven tiene seguro médico? Sí                      No                      Proveedor del seguro: \_\_\_\_\_

Proveedor solicitado: \_\_\_\_\_ Cantidad solicitada: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Número de contacto: \_\_\_\_\_  
Servicio solicitado: \_\_\_\_\_

\*\* Incluya información sobre la duración del servicio (es decir, núm. de horas/semana, núm. total de semanas)

Información de la fuente de remisión

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Complete todos los campos anteriores.**

Fecha de reclutamiento/Aprobación: \_\_\_\_\_ Cantidad aprobada: \_\_\_\_\_

Aprobación de la financiación:

_____ Ariel	_____ DHS
_____ Lib. condicional	_____ CYDC
_____ WIOA	_____ Mind Springs
_____ DYC	_____ Hilltop
_____ SD 51	_____ Partners
_____ MCHD	_____ Strive

Devuelva esta **solicitud de financiación** a la Family & Adolescent Partnership por cualquiera de los siguientes métodos:

***Correo electrónico a [FAPreferrals@htop.org](mailto:FAPreferrals@htop.org) o Fax 970.244-0542***

**¿Tiene preguntas? ¿Preocupaciones? ¿Comentarios?**

**Llame al 970.244.0613 o envíe un correo electrónico a [FAPreferrals@htop.org](mailto:FAPreferrals@htop.org)**