

**Fondo de Ayuda para niños que padecen la enfermedad catastrófica (CICRF)
(Catastrophic Illness in Children Relief Fund)**

250 Washington Street, 5th floor
Boston, MA 02108-4619
1-800-882-1435

Recibo por servicios de cuidado infantil para hermanos

CICRF no cubre los gastos por el cuidado infantil rutinario, pero considerará el cuidado temporal mientras el niño solicitante esté recibiendo atención médica.

Niño/s que recibe/n
cuidado/s infantil/es: _____ Fecha de nacimiento: _____
_____ Fecha de nacimiento: _____
_____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre: _____

Dirección del padre/madre: _____

Nombre del proveedor de cuidados infantiles: _____

Dirección del proveedor de cuidados infantiles: _____

Número de matrícula del proveedor de cuidados infantiles, si
corresponde: _____

Número de teléfono del proveedor de cuidados
infantiles: _____

Honorarios: US\$ _____ Pago total recibido: US\$ _____

Fechas exactas del cuidado infantil (**obligatorio**):

Por la presente, juro, bajo pena de perjurio, que la información que suministré es correcta y completa, y que estos son gastos por cuidado infantil en los que no habría ocurrido si no existiera la enfermedad de mi hijo/a.

Por la presente, doy mi permiso para que personal de CICRF se ponga en contacto con el proveedor de cuidados infantiles que mencioné arriba.

Firma del padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Por la presente, juro, bajo pena y castigo de perjurio, que la información que suministré anteriormente es correcta y completa, y que he recibido el importe pagado que aparece más arriba.

Firma del proveedor de cuidados infantiles: _____ Fecha: _____