



SOLICITUD DE PREMIO

Por favor complete la información solicitada y regrese a AFFCF vía
 Correo: 360 E Coronado Rd, Ste 190, Phoenix, AZ 85004
 Email: grants@affcf.org Tel: 602.252.9445 Fax: 623.487.3392

Arizona Friends of Foster Children Foundation considerarán las actividades de financiamiento que el estado no cubre, tales como:

Artículos para Apartamento
 Bicicletas, Scooters, Cascos y Cerraduras

Campamento

Ciudadana/Inmigración

Fotografías de la Escuela

Alquiler de Instrumentos

Lecciones

Gastos de Prom

Excursiones de Escuela

Registro de Deportes

Equipo Deportivo

Admisión al Parque de Diversiones

Tutor

AFFCF no puede reembolsar bienes o servicios sin la aprobación previa de AFFCF.

PARA APRENDER MÁS, LLAME POR FAVOR AFFCF A 602.252.9445 O VISITE WWW.AFFCF.ORG.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE | | APELLIDO DEL SOLICITANTE | |
| TELÉFONO <small>MARQUE EL TIPO <input type="checkbox"/> DE CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> MÓVIL</small> | | CORREO ELECTRONICO | |
| DIRECCION DE ENVIO | | CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL | |
| TIPO DE CUIDADOR <input type="checkbox"/> PARIENTE <input type="checkbox"/> PADRES DE CRIANZA <input type="checkbox"/> ASISTENTE SOCIAL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> HOGAR COLECTIVO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR) _____ | | | |

2. INFORMACIÓN DEL NIÑO

| | | | |
|---|-----------|---|--|
| NOMBRE DEL NINO | | APELLIDO DEL NINO | |
| FECHA DE NACIMIENTO DEL NINO | ETNICIDAD | SEXO <small>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></small> | |
| DIRECCIÓN DEL NINO <small>SI ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE</small> | | CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL | |
| NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL/TRIBAL | | APELLIDO DEL ASISTENTE SOCIAL/TRIBAL | |
| CORREO ELECTRONICO DEL ASISTENTE SOCIAL/TRIBAL | | TELÉFONO DEL ASISTENTE SOCIAL/TRIBAL | |
| FIRMA DEL ASISTENTE SOCIAL/TRIBAL <small>NO SE REQUIERE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD</small> | | | |

3. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

| | |
|---|--------------------------------------|
| CANTIDAD TOTAL SOLICITADA | FECHA QUE NECESITA |
| DESCRIPCIÓN Y MOTIVO DE LA SOLICITUD <small>ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO</small> | |
| VENDEDOR <small>HACER CHEQUE PAGABLE A:</small> | INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL VENDEDOR |

Nota: Debe adjuntar documentación de respaldo (un folleto, un enlace al sitio web de un proveedor, etc.) que muestre los bienes/servicios que se proporcionarán y el costo.