

# Claim Information Form (CIF)

*You must return this with your claim forms each month*

\_\_\_\_\_ Monitor: \_\_\_\_\_ **Provider ID:** \_\_\_\_\_ Tier: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ License: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Capacity: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ License Exp: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ Tier Exp: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#	Status	DOB	DOE	Age	Rela tion	Sp Needs	Sp Diet	School Level	Formula
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Open on Holiday: Date(s) : \_\_\_\_\_ Holiday(s) : \_\_\_\_\_ Child(ren) now w/Doctor's Statement: # \_\_\_\_\_

Children Starting Kindergarten/1st Grade: # \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

Children leaving your care:

Name: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Last Day in Care : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Last Day in Care : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

List all school aged children who attended AM Snack or Lunch:

# \_\_\_\_\_ Reason : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Reason : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Reason : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Relation</b>	<i>Legend</i> <b>School Level</b>
O - Own Children	A - A.M. Kindergarten
F - Foster Children	D - A.M. Head Start
R - Related, Non-Resident	H - Home School
N - Not Related	K - Kindergarten
H - Helpers Child	L - All Day Head Start
	M - P.M. Kindergarten
	N - No School
	P - P.M. Head Start
	S - School Age
	Y - Year Round School
<b>Status</b>	
A - Active	
P - Pending	
W - Withdrawn	

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Forma de Información para Reclamar (CIF)

*Usted debe volver esto con su reclamo forma cada mes*

\_\_\_\_\_ Monitor: \_\_\_\_\_ # de Proveedor \_\_\_\_\_ Fila: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Licencia: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Capacidad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Licencia se Vence: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Fila se Vence: \_\_/\_\_/\_\_

#	Categoría	Fecha del Nacimiento	Fecha de la Entrada	Edad	Relación	Neces. Esp	Dieta Esp	Nivel de escuela	Fórmula
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Abierto Día Feriado: Fecha(s): \_\_\_\_\_ Día Feriado: \_\_\_\_\_ Niños nuevo con Declaración de Médico: # \_\_\_\_\_

Niños que empiezan Kindergarten/1er grado este nuevo año escolar: # \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_

Los niños que salen su cuidado:

Nombre: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Ultimo Día de Cuido : \_\_/\_\_/\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Ultimo Día de Cuido : \_\_/\_\_/\_\_

Nombre los niños de edad escolar quecomieron Merienda de AM o Almuerzo:

# \_\_\_\_\_ Razón : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

# \_\_\_\_\_ Razón : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

# \_\_\_\_\_ Razón : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

	<i>Explicación</i>
<b>Relación</b>	<b>Nivel de Escuela</b>
O - Propio Hijos	A - Kindergarten de A.M
F - Hijos de Crianza	D - Head Start de A.M.
R - Relacionado, No residente	H - Escuela en el hogar
N - No Relacionado	K - Kindergarten
H - Hijos de Asistente	L - Todo el Head Start día
	M - Kindergarten de P.M
	N - No Escuela
	P - Head Start de P.M.
	S - Edad Escuela
	Y - Escuela todo el Año
<b>Categoría</b>	
A - Activo	
P - Pendiente	
W - Retirado	

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_