

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	Sex
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 : ____/____/____

Relation	<i>Legend</i> School Level
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
Status	
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 Proveedo _____ 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	Sexo
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>
Relación	Nivel de Escuela
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
Categoría	
A - Activo	
P - Pendiente	
W - Retirado	

Firma: _____ Fecha: ____/____/____