

CENTRO MUNICIPAL DE CUIDADO INFANTIL BAHÍA

El Centro Municipal de Cuidado Infantil es un programa de la empresa pública de Acción Social y Educación EPDASE, que brinda el servicio de cuidado y atención diaria a niñas y niños desde los 12 hasta los 42 meses de edad, integrantes de familias de bajos recursos, cuyos padres y/o representantes, habiten o laboren dentro del sector comercial del sector.

Requisitos de postulación:

1. Copia de cédula de identidad del padre y la madre.
2. Partida de nacimiento del niño/a.
3. Carnet de vacunación al día.
4. Situación domiciliaria o laboral dentro del perímetro de la guardería, para lo cual deberá presentar:
 - a. Copia de planilla de servicio básico (luz o agua) de la dirección domiciliaria; tiene que ser dentro del perímetro.
 - b. Documento que respalde su situación laboral dentro del perímetro.
5. Ingresos económicos no mayores a un sueldo básico.
6. Croquis de su vivienda o lugar de trabajo, dentro del perímetro.

Una vez confirmado el registro:

- Firmar el Acuerdo de Compromiso.
- Cumplir con los requisitos solicitados.
- Presentación de exámenes médicos del niño o niña.
- Cumplir visita técnica, en caso de requerir.
- Adjuntar copia de cédula de dos contactos de emergencia.

FICHA POSTULACIÓN CENTRO MUNICIPAL DE CUIDADO INFANTIL BAHÍA

DATOS DE MAMÁ		
<i>Nombres completos:</i>		
<i>Nacionalidad:</i>		
<i>Teléfono convencional:</i>	<i>Teléfono celular:</i>	
<i>Correo electrónico:</i>		
<i>Dirección domicilio:</i>		
<i>Ocupación:</i>		
<i>Dirección trabajo:</i>		
<i>Cuenta con afiliación de algún seguro:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Indique cuál:</i>		
DATOS DEL PAPÁ		
<i>Nombres completos:</i>		
<i>Nacionalidad:</i>		
<i>Teléfono convencional:</i>	<i>Teléfono celular:</i>	
<i>Correo electrónico:</i>		
<i>Dirección domicilio:</i>		
<i>Ocupación:</i>		
<i>Dirección trabajo:</i>		
<i>Cuenta con afiliación de algún seguro:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Indique cuál:</i>		
<i>El representante o persona a cargo del niño/niña será:</i>		
<i>Mamá</i>	<i>Papá</i>	<i>Otras (indicar parentesco)</i>

DATOS DE REPRESENTANTE O PERSONA A CARGO DEL NIÑO/NIÑA

Nombres completos:

Nacionalidad:

Teléfono convencional:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Dirección domicilio:

Ocupación:

Dirección trabajo:

Cuenta con afiliación de algún seguro:

Si

No

Indique cuál:

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA QUE REQUIERE EL SERVICIO

Nombres completos:

Nacionalidad:

Edad:

Años:

Meses:

Género:

Masculino:

Femenino:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Tipo de sangre:

Con quién vive el niño/niña que requiere el servicio:

Dirección domicilio del niño/niña que requiere el servicio:

GRUPO DE CONVIVENCIA

Padre y madre:

Mamá:

Papá:

Abuelos:

Otros (especifique):

Es hijo único:

Si la respuesta es no, indique :

Cuántos hermanos/as tiene:

Qué puesto ocupa entre sus hermanos (indique):

Posee algún tipo de enfermedad (indique):

Posee alguna discapacidad (indique):

Posee algún tipo de alergia (indique):

Sigue algún tratamiento médico (indique):

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Valor promedio de sus ingresos económicos familiares

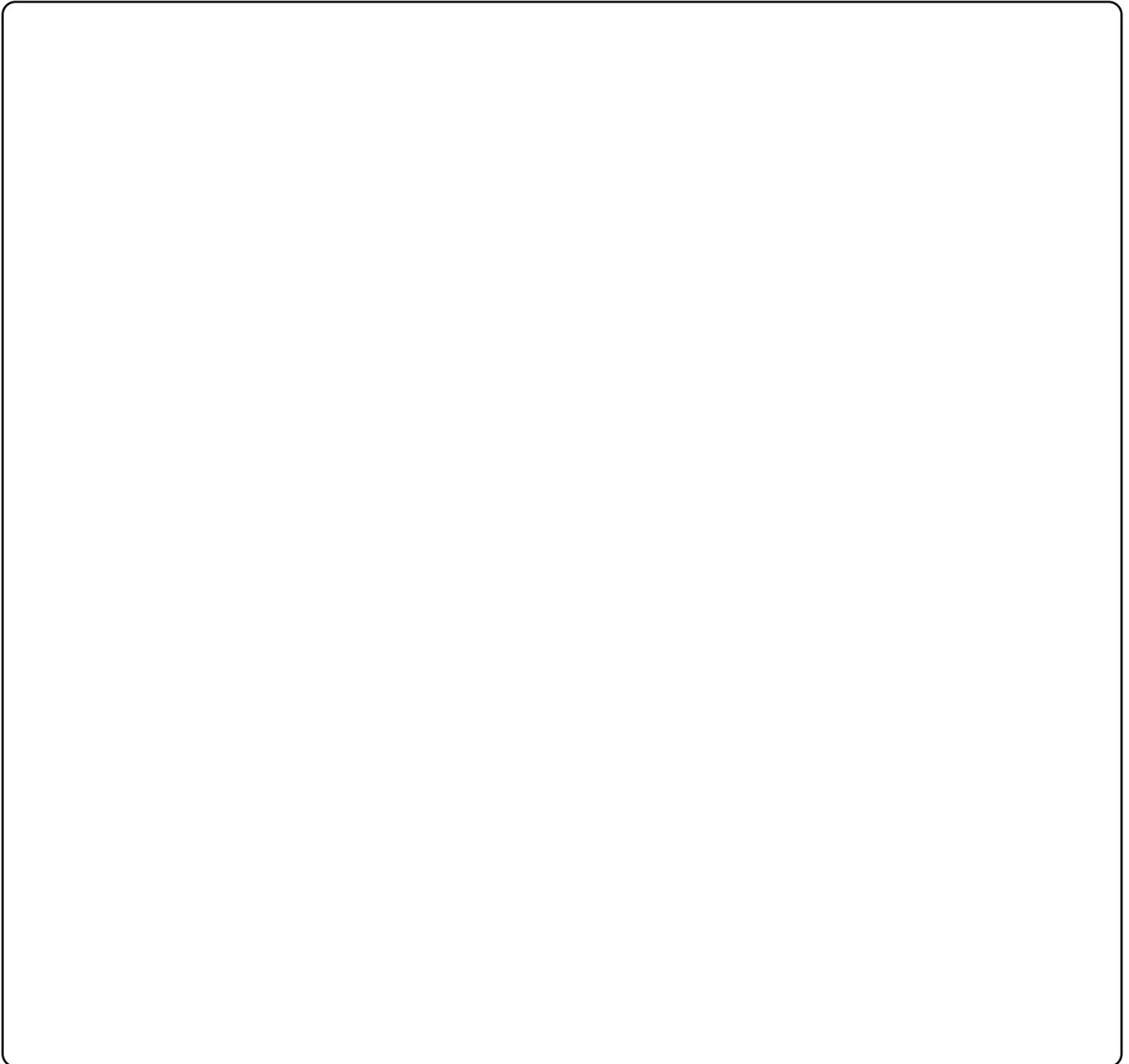
\$0 - 300

\$300 - 500

Más de \$501

Observaciones

Croquis de vivienda o lugar de trabajo, dentro del sector comercial:



(Adjuntar requisitos de postulación)