

SOLICITUD DE ASIENTO DE SEGURIDAD PARA NIÑOS

Instrucciones: llene completamente la solicitud.

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (dd mm aaaa)

Dirección: _____ Apto. No.: _____

Dirección de correo postal (si es diferente): _____

Ciudad/Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: (____) _____ Últimos cuatro (4) dígitos del N° de seguro social: ____-____-____-____
(Código de área)

Solicito un asiento de seguridad para niños para:

Mi hijo no nacido: Fecha de parto programada: ____/____/____

Mi hijo: Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (dd mm aaaa)

Edad del niño: ____ años ____ meses Peso del niño: ____ lb. Altura del niño: ____' ____"

Raza del niño: Afroamericano Caucásico Asiático Nativo americano Otra: _____

Origen étnico del niño: Hispano No-hispano

Parentesco con este niño: Padre Tutor legal Padre adoptivo Otro: _____

Soy residente de Virginia: Sí No

Mi hijo/Yo es/soy ciudadano estadounidense o extranjero documentado: Sí No

Mi hijo o yo recibimos FAMIS, WIC, Medicaid o TANF: Sí No N° _____ (Si corresponde)

Estoy dispuesto a asistir a una sesión de capacitación para el uso del asiento de seguridad: Sí No

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

To Be Completed By Child Safety Seat Program Staff For Reporting Purposes

Applicant's Program Code: _____
(Applicant's Last name plus last four (4) digits of Social Security Number)

Applicant met eligibility requirements: Yes No

If Yes: Date Approved: ____/____/____

If No: Date Denied: ____/____/____

Date Training Conducted: ____/____/____

Check reason why applicant was denied:

Date Safety Seat Issued: ____/____/____

Supply Depleted Child's Age Above Seven Year

Approved applicant showed up for training: Yes No

Not Virginia Resident Did Not Want to Attend Training

Applicant Placed On Waiting List: Yes No

Income Too High Other _____

Type of seat issued to child: Convertible: Issued as Rear-facing or Forward-facing

Booster: Informed client to only use with a vehicle Lap and Shoulder Belt: Yes No

Type of Training Rec'd: Video, Class Instruction & Hands-On Installation or Video, Class Instruction, & Technician Referral

Reason why hands-on installation training was not provided: _____

Name of permanent fitting station or certified technician the client was referred to for installation assistance: _____