

PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA APLICACIÓN			
TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS			
			FECHA
Nombre De La Madre			Número De Teléfono
Dirección Residencial		Ciudad/Pueblo	Código Postal
Dirección Postal		Ciudad/Pueblo	Código Postal
Nombre Del Bebé		Fecha De Nacimiento	

Enumere los artículos y / o servicios de apoyo a la lactancia por fecha de compra y nombre del artículo (\$150 máximo):		
Fecha De Compra	Costo	Artículo o Servicio
TOTAL:		
ADJUNTE RECIBOS DE ARTÍCULOS ANTERIORES		

Recordatorio de criterios de elegibilidad:		
<ul style="list-style-type: none"> • Comprar bienes o servicios dentro de los 12 meses del nacimiento del bebé • Presente la aplicación con los recibos de reembolso dentro de los 18 meses del nacimiento del bebé 		
FIRMA	IMPRIMIR NOMBRE	FECHA

ENVIA A: PROVINCETOWN HEALTH DEPARTMENT 260 COMMERCIAL STREET PROVINCETOWN, MA 02657
--

SÓLO PARA USO OFICIAL

	DATE	INITIALS
RECEIVED		
HEALTH STAFF REVIEW		
VERIFY BIRTH WITH TOWN CLERK		
TOTAL REIMBURSEMENT AMOUNT	\$	
INVOICE SUBMITTED TO FINANCE DEPARTMENT		