



SOLICITUD DE CUENTA PARA HCS

DIRECTOR (uno por organización)

Primer nombre completo:	
Segundo nombre completo:	
Apellido completo:	
Mes de nacimiento:	Día de nacimiento:
Cargo:	
Dirección del trabajo:	
Número de teléfono de la oficina/ext.:	Fax de la oficina:
Dirección de correo electrónico:	
ID de Health Commerce System del NYSDOH (si existe uno):	
Fecha en que se completó:	

COORDINADOR (uno o más por organización)

Primer nombre completo:	
Segundo nombre completo:	
Apellido completo:	
Mes de nacimiento:	Día de nacimiento:
Nombre del Director de HCS (de arriba):	
Dirección del trabajo:	
Número de teléfono de la oficina/ext.:	Fax de la oficina:
Dirección de correo electrónico:	
ID de Health Commerce System del NYSDOH (si existe uno):	
Fecha en que se completó:	

Enviar por correo a:

NYSDOH Child & Adult Care Food Program, 150 Broadway FL6W Rm 650, Albany, NY 12204

Para uso exclusivo de la oficina: Solicitud enviada a HCS por Fecha _____
--