

Información de Solicitante y Miembros de la Familia

Participante)						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Adulto Principal						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Lenguaje	Habilidad de la otro Lenguaje
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	(Grado 10-12)	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia	
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> comp	<input type="checkbox"/> Económica	
<input type="checkbox"/> Univ o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Otro pariente	artido	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
<input type="checkbox"/> GED	(Kinder-Grado 6)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Medio tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				Dirección de Email: _____		

Adulto Secundario						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Lenguaje	Habilidad de la otro Lenguaje
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	(Grado 10-12)	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia	
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> comp	<input type="checkbox"/> Económica	
<input type="checkbox"/> Univ o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Otro pariente	artido	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
<input type="checkbox"/> GED	(Kinder-Grado 6)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Medio tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				Dirección de Email: _____		

Niño(a) Adicional (No-Participante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Lenguaje	Habilidad de la otro Lenguaje
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Participante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otro Lenguaje	Habilidad de la otro Lenguaje
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene otro formulario por separado para cada solicitante.

Información de Familia, Ingreso y Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:
 Nombre del Solicitante: _____ Fecha de _____

Información General					
Dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono	Tipo (<i>Llene uno</i>)			Notas	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				
Estado de los Padres (<i>Llene uno</i>)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia recibe?					
TANF		SSI	WIC	WIC ID (si aplicable)	Reciben SNAP
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Cuantos miembros de familia</i>	<i>Cuantos miembros en el hogar</i>				

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____