

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
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			
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico			
				<input type="checkbox"/> No es Elegible				
				<input type="checkbox"/> On Medicaid				
				<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				
Cobertura Dental	Número de Dental			Dentista/Hogar Dental				

Adulto Principal								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
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			
Nivel de Educación	Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia			
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica			
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente				
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Adoptivo	<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?				
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	Dirección de Email: _____					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						

Adulto Secundario								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
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			
Nivel de Educación	Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia			
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica			
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente				
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Adoptivo	<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?				
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	Dirección de Email: _____					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
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			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
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			

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

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información General							
Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)			Notas		Optar por mensajes de texto
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (sí applicable)
<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Familia						
TANF			SSI			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (completado por agencia) / /			Verificado por (completado por agencia) _____			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, , mes, año)	Cantidad Annual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						

Contactos de Emergencia								
Contacto 1	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 2	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad			
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 3	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad			
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		

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 _____