

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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<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"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<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"/> Natural/Adoptado/ Padrasto/Madrasta		<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"/> Sobrino(a)			<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			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento						
			<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	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"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<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"/> Natural/Adoptado/ Padrasto/Madrasta		<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"/> Sobrino(a)			<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			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento						
			<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela						
			<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						
					Dirección de Email: _____				

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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<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

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento

Información General								
Dirección de Residencia								
fecha de comienzo de dirección de vivir	Dirección de Residencia			Código Postal	Ciudad	Estado	Condado	
Dirección Postal (si es diferente)								
misma de vivir	Fecha de comienzo de usar	Dirección Postal			Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
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 Padre/Madre (<i>Llene uno</i>)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si 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						
Verificado por		Fecha de Verificación		TANF		SSI
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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 _____