

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"/> 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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> 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"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> 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"/> Nieto			<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"/> Otro pariente			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & 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	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"/> 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"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> 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"/> Nieto			<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"/> Otro pariente			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			
			<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"/> 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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> 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"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<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	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad	
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
Contacto 2	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia	
					<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
Contacto 3	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia	
					<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

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 _____