

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		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____								<input type="checkbox"/> Proficiente	
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud		# del Seguro		Medicaid		Número de Medicaid	
						<input type="checkbox"/> No es Elegible		<input type="checkbox"/> On Medicaid	
						<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible		Doctor/ Hogar Medico	
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		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada	
<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"/> 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 <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro					
	<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		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada	
<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"/> 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 <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro					
	<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	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada
<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	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada
<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

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 (<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>)	Relación a los participantes	Lengua Principal en el Hogar	Adquiriendo/aprendiendo otro lenguaje además de inglés		Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si aplicable)
<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	<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 (<i>completado por agencia</i>)				Verificado por (<i>completado por agencia</i>)		
<i>Miembro de Familia</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Por (por ejemplo: semana, mes, año)</i>	<i>Cantidad Annual</i>	<i>Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)</i>	<i>Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)</i>	<i>Notas</i>
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			

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		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	Estado
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	Estado
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 _____