



### SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL NIÑO (Si esta embarazada, diríjase a la SECCIÓN 2)

Nombre legal del niño/a: Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Sexo: <b>M</b> <b>F</b>
Nombre Preferido del niño/a:		Número de seguro social del niño/a	Fecha de nacimiento:
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No Hispano	Idioma de la familia/niño/a:	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sin especificación
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco		
<b>Para servirle mejor a su niño/a por favor conteste las siguientes preguntas:</b>			
¿Su niño/a tiene al corriente un Plan de Educación Individual o Plan de Servicios Familiares Individual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Usted u otros tienen alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Su niño/a tiene alguna condición médica o alergias que requieran medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta a alguna pregunta anterior fue sí, por favor especifique:			
¿Con cuáles proveedores está trabajando o a trabajado?			

### SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DE LOS PADRES, FAMILIA, Y/O MUJER EMBARAZADA

Madre/Guardián: <input type="checkbox"/> Vive en el Hogar	Fecha de nacimiento:	Teléfono Móvil
	Número de seguro social:	( )
Si esta embarazada, ¿Cuándo espera a su bebé?		
Padre/Guardián: <input type="checkbox"/> Vive en el Hogar	Fecha de nacimiento:	Teléfono Móvil
	Número de seguro social:	( )
Dirección donde vive:		Directions to Home:
Ciudad:	Código postal:	
Dirección de su correo		Teléfono del hogar: ( )
Ciudad:	Código postal:	Teléfono para mensajes: ( )
¿Está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive usted o su familia en algunas de estas situaciones? (Indíquen todas que aplican)		
<input type="checkbox"/> Comparte vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica, o una razón similar		
<input type="checkbox"/> En un motel, hotel, o vivienda con tarifa semanal		
<input type="checkbox"/> En un tráiler o acampando debido a la falta de una acomodación alternativa adecuada		
<input type="checkbox"/> En un albergue transitorio o de emergencia		
<input type="checkbox"/> En una residencia para las noches que es pública/privada no designada para el uso regular para dormir		
<input type="checkbox"/> En carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, autobús, o escenarios similares		
¿Necesita guardería de nuestra agencia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió sí, marque la razón por la que necesita cuidado:
<input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Incapacidad debido a necesidades medicas
<input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Referido a servicios de protección (por abandono/abuso)
Estatus de seguro médico: <input type="checkbox"/> Sin seguro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	Otro seguro - Nombre:
Estatus de los padres que viven en la casa: (marque uno)		
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Familia de Acogida <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Pariente (Abuela/o/Tia/Tio) <input type="checkbox"/> Otro (No Relacionado)		

### SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE INGRESOS- Añade verificación de CUALQUIER o TODAS las fuentes de ingreso

TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CalWORKS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acuerdo de niño acogido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención de niños: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El total de personas viviendo en este ingreso: _____		Ingreso total: _____		
¿Cuántos niños son? _____				
El total de personas viviendo en la casa: _____				
<b>Yo certifico que esta aplicación esta correcta y completa:</b>				
_____			_____	
Firma del Padre/Guardian/Mujer embarazada			Fecha	

**¡Aplicaciones recibidas sin pruebas de ingresos NO SERÁN consideradas para inscripción y serán regresadas!**  
**Por favor añade una copia del registro de vacunas de su niño/a.**