



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

Apellido legal del niño/a: Primer Apellido Segundo Apellido	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
Nombre legal del niño/a:	Nombre Preferido del niño/a:	
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Idioma de la familia/niño/a:	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sin especificación		
<i>Para servirle mejor a su niño/a por favor conteste las siguientes preguntas:</i>		
¿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, salud o desarrollo 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 explique: ¿Con cuáles proveedores está trabajando o ha trabajado? _____		

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

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)			
Madre/Guardián: <input type="checkbox"/> Vive en el Hogar	Fecha de nacimiento:	Teléfono Móvil: ()	
Si está embarazada, ¿Cuándo espera a su bebé?			
Padre/Guardián: <input type="checkbox"/> Vive en el Hogar	Fecha de nacimiento:	Teléfono Móvil: ()	
Dirrección del hogar: Cuidad: Código postal:	Direcciones al hogar:		
Dirrección de su correo: Cuidad: Código postal:	Teléfono del hogar: ()		
	Teléfono para mensajes: ()		
¿Está sin hogar? ¿Vive usted o su familia en algunas de estas situaciones? <input type="checkbox"/> Sí (marque lo que aplique abajo) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está viviendo 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 coches, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, autobús, o escenarios similares			
¿Necesita guardería de nuestra agencia? <input type="checkbox"/> Sí (marque lo que aplique abajo) <input type="checkbox"/> No			
Si dos padres están en el hogar, AMBOS padres deben tener necesidad de cuidado de niños. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Educación/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Referido a servicios de protección de menores (por negligencia/abuso) <input type="checkbox"/> Incapacidad debido a necesidades médicas			

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE INGRESOS- Adjunta TODAS las fuentes de ingreso

¿Recibe usted/su familia alguno de los siguientes? CalWORKs/TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SSI: <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			
La cantidad de personas que sorporta estos ingresos: _____ ¿Cuántos de estas personas son niños? _____ Ingreso total: _____ El total de personas viviendo en la casa: _____			
Yo certifico que esta solicitud está correcta y completa:			
_____		_____	
Firma del Padre/Guardian/Mujer embarazada		Fecha	

Todas las solicitudes requieren pruebas de un año de ingresos/verificación de elegibilidad y recibirán una llamada para una entrevista.

Por favor adjunta una copia del registro de vacunas de su niño/a.