

Información del Padre Encargado del Hogar/Guardián

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
<hr/>		
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal
<hr/>		
Numero de Seguro Social	Número de teléfono casero	Celular
<hr/>		
		Trabajo

Primer/Segundo Idioma _____

¿Vive usted en la casa con el niño? Sí No Genero: Femenino Masculino
¿Tiene WIC? Sí No Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado
Etnicidad: Hispano No Hispano Raza: Blanco/Anglo Indio Asían
Negro/Africano Dos razas o mas Sin Especificar

Estado de empleo Relación del Padre Encargado del Hogar/Guardián con el niño:
Tiempo completo Medio tiempo Ama de casa Madre Padre Otro Pariente
Temporal Trabajo por cuenta propia
Estudiante Desempleado Guardián Legal: Especifique Por la corte Por los padres

Educación completada: Abandono de estudios (Sin diploma o GED) GED ESL Grado 9 o menos
Grado 10 Grado 11 Grado 12 Algo de Universidad/Entrenamiento para Certificación AA BA

¿Está en la escuela? Sí No En caso afirmativo, ¿cual escuela y donde?
¿Tiene Seguro Medico?: Sí No Medicaid CHIP Medicare Seguro Privado

Residencia: Sin Hogar Propio Renta Otro Apartamentos Chapultepec
¿Su familia se mudo en los últimos 24 meses? Sí No
¿Ha estado su familia y usted sin hogar en algún tiempo? Sí No Cuantos días: _____
Marque su situación actual en cuanto a vivienda Hotel Campamento Refugio de emergencia
Carro Otro En caso de otro, describa por favor _____

¿Trabajo los últimos 12 meses? Sí No
Por favor lista todos los trabajos y el tiempo de cada trabajo que tuvo en los últimos 12 meses:
1. _____
2. _____

¿Puede usted transportar a su niño todos los días? Sí No
(Transportación está limitada a niños con incapacidades)

Información del otro Padre/Guardián

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	Numero de Seguro Social
Número de teléfono casero	Celular	Trabajo	

Primer/Segundo Idioma _____

¿Vive usted en la casa con el niño? Sí No Genero: Femenino Masculino

¿Tiene WIC? Sí No

Etnicidad: Hispano No Hispano Raza: Blanco/Anglo Indio Asian
Negro/Africano Dos razas o mas Sin Especificar

Estado de empleo Relación del Padre Encargado del Hogar/Guardián con el niño:

Tiempo completo Medio tiempo Ama de casa Madre Padre Otro Pariente

Temporal Trabajo por cuenta propia

Estudiante Desempleado Guardián Legal: Especifique Por la corte Por los padres

Educación completada: Abandono de estudios (Sin diploma o GED) GED ESL Grado 9 o menos
Grado 10 Grado 11 Grado 12 Algo de Universidad/Entrenamiento para Certificación AA BA

¿Está en la escuela? Sí No En caso afirmativo, ¿cual escuela y donde?

¿Tiene Seguro Medico?: Sí No Medicaid CHIP Medicare Seguro Privado

Trabajo los ultimo 12 meses? Si No

Por favor lista todos los trabajos y el tiempo de cada trabajo que tuvo en los últimos 12 meses:

1. _____
2. _____

Por favor lista todas las personas viviendo en su hogar.

¿Cuántas personas viven en su casa?

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación a Niño	Trabajó en los últimos 12 meses
1.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Salud y Bienestar

PTS

1. ¿Está uno de los padres/guardián encarcelado? Sí No Fecha en que va a salir: _____
2. ¿Ha pasado la familia por la muerte de un padre/guardián/hermano(a) del niño en los últimos 12 meses? Sí No
3. ¿Hay problemas de violencia domestica? Sí No En caso afirmativo, actual o pasado
Favor explicar _____
4. ¿Tiene actualmente un caso abierto con CPS? Sí No
5. ¿Está el padre/guardián experimentando problemas de salud mental? (Depresión, desorden bipolar o ansiedad)
Sí No
¿Está recibiendo tratamiento? Sí No En caso afirmativo, favor de explicar _____
6. ¿Está el padre/guardián experimentando/abuso con alcohol o sustancias? Sí No
7. ¿Está la familia recibiendo servicios de estos programas? Head Start Early Head Start
Asistencia con utilidades HIV/AIDS Asistencia con recetas medicas Planificación familiar
Asistencia con la renta
8. ¿Se encuentra alguien en la familia con una condición médica continua? Sí No
9. ¿Tiene su niño una necesidad especial/incapacidad (Físico, Habla, Social, Emocional)? Sí No
En caso afirmativo, proporcione documentos (IEP, IEFSP, Nota del Doctor) Por favor describa.

Por favor adjunte otra hoja si lo necesita para la explicación

Fuentes de Ingresos

En los últimos 12 meses alguien en su familia recibió alguno de los siguientes:

Talones de cheque Sí No

Manutención de niños Sí No

SSI (Ingresos Suplementario de Seguro) Sí No

TANF Sí No

Becas o ayuda financiera Sí No

Seguro social, jubilación, beneficios para veteranos o incapacitados Sí No

Compensación por desempleo Sí No

¿Tiene otros familiares o amistades que lo(a) mantienen? Sí No ¿Quién? _____

Nada de ingresos en los últimos 12 meses Sí No

* *Por favor de explicar porque no tuvo ingresos y como pudo mantenerse usted y su familia durante esos 12 meses.*

Si marco si en cualquiera de las preguntas, favor de proporcionar documentos por esos últimos 12 meses.

Al mejor de mi conocimiento, la información en esta solicitud es exacta y correcta. Entiendo que me pedirán que provea ciertos documentos y entiendo que si doy información falsa en mi solicitud esta puede ser rechazada o los servicios pueden ser terminados.

Fecha _____ Firma de Padre/Guardián _____

Iniciales del personal _____

Puntos Totales _____