

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"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna		<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"/> Pobre		<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"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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
				<input type="checkbox"/> No es Elegible		<input type="checkbox"/> No es Elegible	<input type="checkbox"/> No es Elegible	<input type="checkbox"/> No es Elegible
				<input type="checkbox"/> On Medicaid		<input type="checkbox"/> On Medicaid	<input type="checkbox"/> On Medicaid	<input type="checkbox"/> On Medicaid
				<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible		<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible	<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible	<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"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna		<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"/> Pobre		<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"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> Sí	<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"/> No	<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, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<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		Habilidad de la 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"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<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"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> Sí	<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"/> No	<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, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<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		Habilidad de la 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"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<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"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna		<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"/> Pobre		<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"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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 (<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
<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

Información de Familia

TANF	SSI	SNAP	WIC	WIC ID (si aplicable)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (<i>completado por agencia</i>)		Verificado por (<i>completado por agencia</i>)				
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	Ceder al Niño(a)
	Dirección	Código Postal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Teléfono	Teléfono #2	Ciudad	Estado
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #3	<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)
	Dirección	Código Postal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Teléfono #1	Teléfono #2	Ciudad	Estado
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #1	<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)
	Dirección	Código Postal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Teléfono #1	Teléfono #2	Ciudad	Estado
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #1	<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 _____

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Información de Elegibilidad & Matricula

Elegibilidad

Término del Programa	Agencia	Status inicial	Fecha de estado
Formas de Ceder Firmada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha Firmada	El Niño(a) transición a	
Preferencia de ubicación 1 - Primero 2 - Segundo 3 - Tercero	Sitio	Sala de clase	Financiamiento
Notas de Inscripción			
Fecha de Aplicación	Estado de aplicación	Numero de aplicación	Año de Participación
Fecha de Elegibilidad	# de Personas en Familia	Ingresos Elegibles	
Fecha de CACFP	Ingresos de CACFP	Por (por ejemplo, Semana, Mes, Año)	Estado de CACFP
Es él Niño(a) elegible para participar en el programa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de entrevista de elegibilidad <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono	Estado de los Ingresos	Documentación usada para determinar la elegibilidad <input type="checkbox"/> Formulario 1040 <input type="checkbox"/> Documentación de TANF <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Declaraciones escritas de los empleadores <input type="checkbox"/> Reembolso de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Documentación de SSI <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Talon de pago <input type="checkbox"/> Otro
Documentación de no ingresos			

Criterios de la Elegibilidad

Para comenzar el formulario de los criterios de la elegibilidad del programa:
 Escriba cada de las preguntas del programa sobre Elegibilidad en los espacios proporcionados. Después, para cada pregunta, escriba cada respuesta posible (junto con sus valores correspondientes). **Para completar este formulario:**
 Circunde las respuestas aplicable y anote el número de puntos de elegibilidad que representa en la columna de puntos. Hemos incluido el ejemplo siguiente para ayudarle comenzar.

Preguntas de la Elegibilidad	Respuestas Posibles	Puntos
Desabilidad?	Diagnosticado (50 pts), <u>Sospechado (25 pts)</u> , Ninguna (0 pts)	25

Preguntas de la Elegibilidad	Respuestas Posibles	Puntos
------------------------------	---------------------	--------

Notas de la Elegibilidad