

Solicitud de servicios para la primera infancia

Nino/a (Aplicante)

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Género <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		Fecha de nacimiento	
Dirección					Ciudad/ código postal				
¿Está el niño en cuidado adoptivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano /No-Latino		Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco (Europeo, del medio Oriente, Norteafricano) <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericana			<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico / Hawaiana <input type="checkbox"/> Indio Americano /Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza (Birracial/Multirracial) <input type="checkbox"/> Otro			
Idioma primario que se habla en la casa				<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro		
¿Idioma más usado por el niño/a?				<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro		

Información del niño - Salud

¿Tiene el niño/a seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si, ¿Qué tipo? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Otro				
¿Tiene el niño un médico regular o una clínica médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la clínica / proveedor:			Nombre del profesional/ médico:	
¿El niño ha tenido un examen médico en los últimos 12 meses?				
<input type="checkbox"/> Si- Fecha del último examen (mes / día / año):				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida				
¿Cuál es el estado de vacunas de este niño/a? <input type="checkbox"/> Completamente vacunado <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No completamente vacunado o exento <input type="checkbox"/> No estoy seguro				
¿El niño tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si, ¿Qué tipo? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Otro				
¿Tiene el niño un dentista habitual o una clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la clínica / proveedor:			Nombre del profesional dental:	
¿El niño ha sido diagnosticado por un médico con una condición de salud crónica (puede incluir asma, cáncer, diabetes, convulsiones, ADHD, autismo, espina bífida, enfermedad de células falciformes o alergias potencialmente mortales)?				
<input type="checkbox"/> Si - Por favor describa:				
La condición de salud se considera: <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve				
<input type="checkbox"/> No				

Información del niño - Desarrollo

¿Le preocupa la salud del niño? <input type="checkbox"/> Sí - marque todo lo que corresponda a continuación <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (m 5.5 lbs / 5 lbs 8 oz.)	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro de menos de 37 semanas		<input type="checkbox"/> afectado Droga / alcohol	
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> las habilidades motoras finas/gruesas		<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	
<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Intolerancia alimentacia/dieta especial		<input type="checkbox"/> Otro	
Describa:				
¿Tiene el niño/a un Plan de Educación Individual (IEP) actual o activo o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?				
<input type="checkbox"/> Si - Proporcione una copia con su solicitud.				
<input type="checkbox"/> No - Marque si alguno de estos aplica:				
<input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un retraso en el desarrollo o discapacidad diagnosticada, no tiene IEP o está siendo referido para evaluación.				
<input type="checkbox"/> Mi hijo tiene sospecha de retraso en el desarrollo o discapacidad.				

información de la familia

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? Inglés Español Chino Otro

Padres / tutores en el hogar Un padre Dos padres

¿En qué idioma le gustaría recibir información escrita? Inglés Español Chino Otro

Nombre del Padre(s) Primario/tutor **Fecha de nacimiento** **Género**
 F M

Dirección **Origen étnico** **Raza**

Hispano / Latino Asiático Islas del Pacífico / Hawaiana
 No-Hispano / No-Latino Blanco Indio Americano / Alaska
 Negro / Afroamericana Más de una raza (Birracial/Multirracial)
 Otro

Vive con el niño/a Sí No **Estado civil**
 Casado/a Soltero/a
 Divorciado/a Separado/a
 Viudo/a

Número del Celular ¿Puedes recibir mensajes de texto? Sí No
 ()

Relación con el niño/a
 Padres biológicos Adoptado / Padrastro
 Padres de crianza Tío/ Tía
 Abuelos Otro

Correo electrónico **Número de teléfono alternativo** **Educación**

celular Hogar Trabajo Otro Alguna universidad o AA / AS
 () Menos que la secundaria Licenciatura / Maestría
 Graduado de secundaria o GED

Nombre del Padre(s) secundario /tutor **Fecha de nacimiento** **Género**
 F M

Dirección **Origen étnico** **Raza**

Hispano / Latino Asiático Islas del Pacífico / Hawaiana
 No-Hispano / No-Latino Blanco Indio Americano / Alaska
 Negro / Afroamericana Más de una raza (Birracial/Multirracial)
 Otro

Vive con el niño/a Sí No **Estado civil**
 Casado/a Soltero/a
 Divorciado/a Separado/a
 Viudo/a

Número del Celular ¿Puedes recibir mensajes de texto? Sí No
 ()

Relación con el niño/a
 Padres biológicos Adoptado / Padrastro
 Padres de crianza Tío/ Tía
 Abuelos Otro

Correo electrónico **Número de teléfono alternativo** **Educación**

celular Hogar Trabajo Otro Alguna universidad o AA / AS
 () Menos que la secundaria Licenciatura / Maestría
 Graduado de secundaria o GED

Elegibilidad

Padres Primario/tutor		Padres secundario /tutor	
Nombre de Padre(s) Primario/tutor	Tiene Ingreso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Padre(s) secundario /tutor	Tiene Ingreso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado estacionalmente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Incapacitado De _____ Hasta _____	Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado estacionalmente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Incapacitado De _____ Hasta _____
--	--

Información de Empleo

Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()	Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()	Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()

Períodos de pago Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual

Ingresos \$ _____ Por _____

Información de la escuela / Entrenamiento

¿Estás en la escuela o entrenando? Sí No **Horario:**

Nombre de escuela	número de teléfono de la escuela ()	Nombre de escuela	número de teléfono de la escuela ()
-------------------	---	-------------------	---

Preocupaciones de la familia

Marque las áreas de preocupación que tiene para usted / su familia en su hogar:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> El padre / tutor del niño tiene una discapacidad o tiene una discapacidad o está crónicamente enfermo: | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales en el hogar, incluida depresión materna (el niño es diagnosticado o el adulto está experimentando) | <input type="checkbox"/> Preocupaciones legales |
| <input type="checkbox"/> No puede participar en la vida laboral / escolar / familiar | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica (pasada o actual) | <input type="checkbox"/> El padre / tutor del niño es un trabajador migrante |
| <input type="checkbox"/> Algo capaz de participar en la vida laboral / escolar / familiar | <input type="checkbox"/> problemas de abuso de drogas / alcohol o sustancias (pasado o actual) | <input type="checkbox"/> Inmigrante / refugiado reciente (últimos 5 años) |
| <input type="checkbox"/> Principalmente capaz de participar en la vida laboral / escolar / familiar | <input type="checkbox"/> La familia está socialmente aislada, con falta total o casi completa de contacto con otros | <input type="checkbox"/> Los padres / tutor del niño está encarcelado |
| <input type="checkbox"/> El padre / tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, no tiene discapacidad | <input type="checkbox"/> Conseguir o mantener un trabajo | <input type="checkbox"/> Pérdida de un padre (muerte, abandono o deportación) |
| | | <input type="checkbox"/> Los padres / tutores del niño se divorciaron o se separaron durante la vida del niño |
| | | <input type="checkbox"/> Ha estado sin hogar (en los últimos 12 meses) |
| | | <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda |

Situación familiar (vivienda)

¿Recibe este hogar vivienda subsidiada como un cupón de vivienda o asistencia en efectivo para vivienda? Si No

¿Cuál es la situación actual de vivienda de su familia? **La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes sin hogar.**

Sus respuestas pueden ayudarnos a determinar los servicios que su hijo puede ser elegible para recibir.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler | <input type="checkbox"/> En un motel | <input type="checkbox"/> carro, parque, campamento, o ubicación similar | <input type="checkbox"/> Mudándose de un lugar a otro/couch surfing |
| <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> En un refugio | <input type="checkbox"/> Vivienda transicional | <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calor, electricidad) |
| <input type="checkbox"/> En la casa o apartamento de otra persona con otra familia: | | | <input type="checkbox"/> Otros - Por favor describa: |
| ➤ <input type="checkbox"/> Por decisión propia (por ejemplo, para ahorrar dinero, estar cerca de la familia, etc.) | | | |
| ➤ <input type="checkbox"/> Debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares | | | |

Ingresos y tamaño de la familia

Marque todo lo que aplique si usted, su niño u otra persona que vive en su hogar relacionada a usted por sangre, matrimonio o adopción recibe estos tipos de asistencia pública:

SSI De discapacidad recibida por: niño/a Padres/tutor Otros – Relación con el niño:

Asistencia temporaria a familias necesitadas (TANF) dinero en efectivo.

SNAP (cupones alimenticios)

Escriba todas las personas adicionales que viven en el hogar principal del niño/a, sin incluir a usted ni el niño/a.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento (mes/día año)	Relación con el niño	¿Apoya financieramente a esta persona?	¿Esta persona está relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Cuál es el número total de miembros de la familia que viven en su hogar, incluidos usted y el niño/a?

¿Cuál es el ingreso total estimado de su hogar por el último año calendario o los últimos 12 meses?

Reconozco que la información en este formulario es verdadera. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo requieren los Programas. Si a sabiendas proporciono información falsa, entiendo que mi familia puede no poder continuar con los servicios del programa. Las agencias financiadas revisarán toda la información proporcionada.

Firma del Padre /tutor

Fecha

PERSONAL SOLAMENTE**Staff Only**

Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
---------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------

Site Name/ID:	Date received: (This date will determine eligibility timeframe)
----------------------	---

Date staff reviewed application with family:	Date submitted:
---	------------------------

For Homeless Families – Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

<input type="checkbox"/> Child care resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/ Food stamps/TANF
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate	

Staff Name & Signature:	Date:
------------------------------------	--------------

**If parent/guardian can't sign during Covid 19 virtual interview and enrollment, complete below.
Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the onsite enrollment visit.**

Reviewed and received verbal verification on (date): _____ **Staff Name:** _____