



**Community Services Agency**  
**Early Childhood Development Programs**

# Early Head Start Y

Programa para bebés y niños pequeños

# Head Start

Programa preescolar

## ¿Quién es eligible para los servicios?

- Familias de bajos ingresos
- Destinatarios de la asistencia en efectivo de TANF o SSI
- Niños y jóvenes embarazadas en cuidado tutelar
- Familias que experimentan una situación temporal debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares

## ¿Qué documentos debo entregar?

### Documentos del niño solicitante

- Acta de nacimiento (si está disponible)
- Registro de vacunas
- Órdenes de custodia, adopción, tutela, o protección (si es aplicable)
- Documentación de discapacidad o de necesidades especiales (si es aplicable)

### Documentos del solicitante de la mujer embarazada

- Prueba de embarazo

### Prueba de elegibilidad

- TANF o SSI: Carta de beneficios que indica lo que se está recibiendo actualmente
- Niños de crianza: Carta de colocación de crianza y licencia de cuidado de crianza
- Circunstancias de vida temporal debido a la pérdida de la vivienda: Documento completamente la situación en esta solicitud de inscripción
- Ingresos familiares de los últimos 12 meses:
  - ◆ Formas actuales de 1040 EE. UU impuestos individuales o W-2s
  - ◆ Los últimos 4 talones de cheque con los totales del año hasta la fecha
  - ◆ Manutención para todos los niños en el hogar

Estamos obligados a documentar los últimos 12 meses de ingresos familiares de todas las fuentes. La situación de ingresos de cada familia es diferente y puede haber más o diferentes fuentes de ingresos. Para comenzar será bueno traer los documentos mencionados anteriormente. Nuestro equipo de inscripción revisará la solicitud y le informará sobre los artículos necesarios.

## ¿Cómo entrego mi solicitud de inscripción?

**Entréguela a nuestra oficina principal en** 1100 E 8<sup>th</sup> Street, Reno NV 89512  
Entre 8:00 AM a 4:30 PM, lunes a viernes **\*\* El horario de oficina puede ser modificado debido a COVID-19 y le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros para concertar una cita \*\***

**Envíe por correo a** CSA Head Start Enrollment, PO Box 10167, Reno NV 89510-0167

**Envíe por fax a** 1 (775) 333-8684 • no olvide el "1 (775)" cuando envíe por fax

**Escanee y envíe por correo electrónico a** [enrollment@csareno.org](mailto:enrollment@csareno.org)

CSA es una organización sin fines de lucro financiada por el gobierno federal que brinda atención GRATUITA para bebés y niños pequeños y servicios preescolares diseñados para promover la preparación escolar para niños de familias de bajos ingresos.

### Nuestro programa ofrece:

- Servicios de la primera infancia educacional de alta calidad u comprensivos;
- Oportunidades de participación de padres en el aula, planificación de programa y comités de padres;
- Apoyo y educación de los padres;
- Ayuda para conectar a padres y niños con otros servicios y recursos en la comunidad;
- Exámenes de visión, audición y dentales para niños inscritos, incluyendo otros servicios de salud, salud mental y nutrición;
- servicios prenatales y más!

## Preguntas frecuentes

### ¿Mi hijo necesita estar entrenado para ir al baño?

No, de hecho, trabajamos con padres y niños para ayudar en el proceso de entrenamiento para ir al baño.

### ¿Puedo solicitar a mi niño discapacitado?

Sí, damos la bienvenida a niños con discapacidades o necesidades especiales y alentamos a las familias que presenten sus solicitudes independientemente de sus ingresos.

### ¿Cuánto tiempo tarda el proceso?

Hacemos nuestro mejor esfuerzo para verificar la elegibilidad lo más rápido posible y los padres pueden ayudar al garantizar que todos los elementos de ingresos / elegibilidad necesarios se proporcionen por completo con la solicitud.

### ¿Cuándo debo aplicar?

¡Aceptamos solicitudes e inscribimos durante todo el año y lo alentamos a que presente su solicitud lo antes posible!

**¡Puedes aplicar en línea! Si desea enviar su solicitud a través de nuestro sitio web en lugar de completar la solicitud en papel, visite:**

[www.csareno.org](http://www.csareno.org)

**¡Contáctenos al (775) 786-6023 y aplique hoy!**

# Head Start preescolar y Early Head Start cuidado de bebés y niños pequeños

## Solicitud de inscripción

### ¿Quién solicita el programa?

**Niños solicitantes** - Liste a todos los niños de 0 a 5 años que le gustaría inscribir

Primer nombre	SN	Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre	SN	Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre	SN	Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Solicitante mujer embarazada** - Aplique ahora en la preparación del nacimiento del niño

Primer nombre	SN	Apellido (nombre legal)	Fecha de prevista de parto MM / DD / AA	Alto riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------	----	-------------------------	--	--

### ¿Cuál ubicación y horario de clase te interesa?

**Early Head Start programa para bebés y niños pequeños** - Sirve a mujeres embarazadas y niños de 0 hasta el 3<sup>er</sup> cumpleaños

<b>Preferencia de sitio</b> Especifique abajo ↓	Marque hasta 3 ubicaciones con su primera opción como su ubicación más preferente.	Todas las ubicaciones proporcionan cuidado durante todo el año y requieren que ambos padres / guardianes trabajen, entrenen o asistan a la escuela. Se requiere asistencia diaria.														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 33%;">1<sup>ra</sup></th> <th style="width: 33%;">2<sup>da</sup></th> <th style="width: 33%;">3<sup>ra</sup></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"> <b>Carson City</b> - 200 E Winnie Ln, Suite 288-298 Carson City 89706                         </td> <td style="width: 60%;">Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes</td> </tr> <tr> <td> <b>Destiny Reno</b> - 790 Sutro St Reno 89512                         </td> <td>Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes</td> </tr> <tr> <td> <b>Sun Valley</b> - 115 W 6<sup>th</sup> Ave Sun Valley 89433                         </td> <td>Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes</td> </tr> <tr> <td> <b>Victory Sparks</b> - 727 F St Sparks 89431                         </td> <td>Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes</td> </tr> </table>	<b>Carson City</b> - 200 E Winnie Ln, Suite 288-298 Carson City 89706	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes	<b>Destiny Reno</b> - 790 Sutro St Reno 89512	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes	<b>Sun Valley</b> - 115 W 6 <sup>th</sup> Ave Sun Valley 89433	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes	<b>Victory Sparks</b> - 727 F St Sparks 89431	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes	
1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<b>Carson City</b> - 200 E Winnie Ln, Suite 288-298 Carson City 89706	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes															
<b>Destiny Reno</b> - 790 Sutro St Reno 89512	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes															
<b>Sun Valley</b> - 115 W 6 <sup>th</sup> Ave Sun Valley 89433	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes															
<b>Victory Sparks</b> - 727 F St Sparks 89431	Día completo - 7:30 AM a 5:30 PM, lunes – viernes															

**Programa de Head Start preescolar** - Sirve a niños de 3 a 5 años

<b>Preferencia de sitio</b> Especifique abajo ↓	Marque hasta 3 ubicaciones con su primera opción como su ubicación más preferente. Se requiere asistencia diaria.	<b>Preferencia de horario</b> ↓ Marque las horas que prefiere para cada ubicación que seleccionó ↓																																																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 33%;">1<sup>ra</sup></th> <th style="width: 33%;">2<sup>da</sup></th> <th style="width: 33%;">3<sup>ra</sup></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Para día completo, los niños deben cumplir la edad de 4 años antes de o el 30 de septiembre y ambos padres/guardianes en el hogar deben trabajar, formación, o ir a la escuela.	<b>Mañana</b> 8 AM a 11:30 AM lunes - jueves	<b>Tarde</b> 1 PM a 4:30 PM lunes - jueves	<b>Día extendido</b> 8 AM a 1:30 PM lunes - viernes	<b>Día completo *</b> 8 AM a 4:30 PM lunes - jueves																																												
1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"> <b>Agnes Risley</b> - 1960 Sullivan Ln Sparks 89431                         </td> <td style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Cottonwood Fernley</b> - 915 Farm District Rd Fernley 89408                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Bernice Mathews</b> - 2700 Elementary Dr Reno 89512                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Solo 4 años</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Desert Heights</b> - 5310 Echo Ave Reno 89506                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Echo Loder</b> - 650 Apple St Reno 89502                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Smithridge</b> - 4950 Filbert Rd Reno 89502                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Sutro</b> - 1100 E 8<sup>th</sup> St Reno 89512                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Vassar HUCs</b> - 2405 Vassar St Reno 89502                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Wooster</b> - 1950 Villanova Drive Reno 89502                         </td> <td> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<b>Agnes Risley</b> - 1960 Sullivan Ln Sparks 89431	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible	<b>Cottonwood Fernley</b> - 915 Farm District Rd Fernley 89408	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible	<b>Bernice Mathews</b> - 2700 Elementary Dr Reno 89512	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Solo 4 años</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo 4 años	<b>Desert Heights</b> - 5310 Echo Ave Reno 89506	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible	<b>Echo Loder</b> - 650 Apple St Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible	<b>Smithridge</b> - 4950 Filbert Rd Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible	<b>Sutro</b> - 1100 E 8 <sup>th</sup> St Reno 89512	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	<b>Vassar HUCs</b> - 2405 Vassar St Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible	<b>Wooster</b> - 1950 Villanova Drive Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible	
<b>Agnes Risley</b> - 1960 Sullivan Ln Sparks 89431	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																				
<b>Cottonwood Fernley</b> - 915 Farm District Rd Fernley 89408	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																				
<b>Bernice Mathews</b> - 2700 Elementary Dr Reno 89512	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Solo 4 años</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo 4 años																																																		
No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo 4 años																																																				
<b>Desert Heights</b> - 5310 Echo Ave Reno 89506	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																		
No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																				
<b>Echo Loder</b> - 650 Apple St Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																		
No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																				
<b>Smithridge</b> - 4950 Filbert Rd Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible	No disponible																																																				
<b>Sutro</b> - 1100 E 8 <sup>th</sup> St Reno 89512	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																				
<b>Vassar HUCs</b> - 2405 Vassar St Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																		
No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																				
<b>Wooster</b> - 1950 Villanova Drive Reno 89502	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>No disponible</td> <td>No disponible</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No disponible</td> </tr> </table>	No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																		
No disponible	No disponible	<input type="checkbox"/>	No disponible																																																				

**Consideración de ubicación** - Especifique sus preferencias a continuación

<b>Transportación</b> (marque el que mejor se adapte a su situación) <input type="checkbox"/> No tenemos transporte, caminamos o viajamos en el autobús <input type="checkbox"/> Tenemos transporte, no nos oponemos a conducir a un más lejos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Colocación de hermanos</b> (marque el que mejor se adapte a su situación) <input type="checkbox"/> Si es posible, coloque a los hermanos juntos en la misma aula <input type="checkbox"/> Si es posible, coloque a los hermanos en aulas SEPARADAS <input type="checkbox"/> Sin preferencia o no aplicable
--	--

### Información de vivienda, correo y contacto de la familia

<b>Información de contacto para el ADULTO PRIMARIO en el hogar</b>	<b>Información de contacto para el ADULTO SECUNDARIO en el hogar</b>
--	--

<b>Primer nombre del ADULTO PRIMARIO</b>	<b>Primer nombre del ADULTO SECUNDARIO</b>
--	--

<b>Correo electrónico</b>	<b>Correo electrónico</b>
---------------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) -	<b>¿Mensaje de texto?</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Dirección de vivienda** - Especifique abajo

<b>Número y nombre de calle</b>	<b>Unidad / Espacio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código postal</b>
---------------------------------	-------------------------	---------------	----------------------

**Tipo de vivienda** (marque uno)

Casa  Apartamento  Condominio o casa adosada  Dúplex, triplex o 4-plex  Casa móvil o tráiler  Motel o hotel

Albergue de emergencia o Vivienda transicional

**Dirección de correo** - Especifique a continuación si es diferente de la dirección de vivienda

<b>Número y nombre de calle</b>	<b>Unidad / Espacio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código postal</b>
---------------------------------	-------------------------	---------------	----------------------

### Información del hogar

**Miembros y tamaño de familia en el hogar** - Especifique el número de personas viviendo en el hogar

*Ejemplo: Madre 1 Padre 1 Sus hijos 3 Otros adultos 0 Otros niños 0 Total del hogar 5*

<b>Madre</b> ↓	<b>Padre</b> ↓	<b>Sus hijos</b> ↓	<b>Otros adultos</b> ↓	<b>Otros niños</b> ↓	<b>Total del hogar</b> ↓
-------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------------

**¿Quiénes son los OTROS ADULTOS y OTROS NIÑOS en el hogar y cuál es su relación con usted?**

**Servicios que recibe su familia** - Marque todos los que actualmente recibe su familia

WIC  SNAP  Programa de Asistencia de Energía (EAP)  Sección 8  Asistencia de vivienda HUD  NINGUNA

**Referencia al programa** - Especifique como escucho acerca de nuestro programa de la primera infancia

<input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil	<input type="checkbox"/> Facebook, Twitter o Instagram	<input type="checkbox"/> Boletín o boletín de puerta	<input type="checkbox"/> Condado escolar
<input type="checkbox"/> Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Búsqueda por internet o anuncio digital	<input type="checkbox"/> Radio o Televisión	<input type="checkbox"/> Evento comunitario
<input type="checkbox"/> División de Servicios para Niños y Familias	<input type="checkbox"/> Por correo o correo electrónico	<input type="checkbox"/> Amigo o familia	<input type="checkbox"/> Padre anterior

Referencia interna de CSA: \_\_\_\_\_

Otra agencia exterior: \_\_\_\_\_

**Padres / Tutores viviendo en la casa y entrevista de elegibilidad - Parte 1**

<b>ADULTO PRIMARIO en el hogar</b>	
<b>Primer nombre</b>	<b>SN</b>
<b>Apellido</b> (nombre legal)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Genero</b> (marque uno)
MM / DD / AA	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Estado civil</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>Etnicidad</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
<b>Raza</b> (marque todo lo aplica)	
<input type="checkbox"/> Indiano americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Africano americano / negro <input type="checkbox"/> No especificado	
<b>Idioma primario / hablado en la casa</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Habilidad de hablar y comprender el inglés</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Bien / moderado	
<input type="checkbox"/> Poco / malo <input type="checkbox"/> Muy bien / experto	
<b>Nivel de educación más alto</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Algún estudio universitario	
<input type="checkbox"/> No graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Título de asociado	
<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Diploma de la preparatoria <input type="checkbox"/> Título de maestría	
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todo el que aplica)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Asistencia médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa	
<input type="checkbox"/> Medicare (discapitado) <input type="checkbox"/> Cobertura del estado	
<b>El Adulto Primario es/esta...</b> (responde todas a continuación)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	discapacitado?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	miembro active del militar en EE. UU?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibiendo salario militar o asignación familiar militar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	un veterano?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibiendo beneficios de veterano?
<b>¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, el Adulto Primario...</b> (responda abajo)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	se quedó en casa para cuidar de los niños?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	tuvo por lo menos 1 trabajo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	asistió al colegio, universidad, escuela vocacional?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibió ayuda financiera para la escuela como subvenciones, becas, compañerismos, becas de trabajo universitario?

<b>ADULTO SECUNDARIO en el hogar</b>	
<b>Primer nombre</b>	<b>SN</b>
<b>Apellido</b> (nombre legal)	
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Genero</b> (marque uno)
MM / DD / AA	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Estado civil</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>Etnicidad</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
<b>Raza</b> (marque todo lo aplica)	
<input type="checkbox"/> Indiano americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Africano americano / negro <input type="checkbox"/> No especificado	
<b>Idioma primario / hablado en la casa</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Habilidad de hablar y comprender el inglés</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Bien / moderado	
<input type="checkbox"/> Poco / malo <input type="checkbox"/> Muy bien / experto	
<b>Nivel de educación más alto</b> (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Algún estudio universitario	
<input type="checkbox"/> No graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Título de asociado	
<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Diploma de la preparatoria <input type="checkbox"/> Título de maestría	
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todo el que aplica)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Asistencia médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa	
<input type="checkbox"/> Medicare (discapitado) <input type="checkbox"/> Cobertura del estado	
<b>El Adulto Secundario es/esta...</b> (responde todas a continuación)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	discapacitado?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	miembro active del militar en EE. UU?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibiendo salario militar o asignación familiar militar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	un veterano?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibiendo beneficios de veterano?
<b>¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, el Adulto Secundario...</b> (responda abajo)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	se quedó en casa para cuidar de los niños?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	tuvo por lo menos 1 trabajo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	asistió al colegio, universidad, escuela vocacional?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	recibió ayuda financiera para la escuela como subvenciones, becas, compañerismos, becas de trabajo universitario?

**Entrevista de elegibilidad - Parte 2**

ADULTO PRIMARIO en el hogar	
<b>Primer nombre</b>	
<b>Situación actual de empleo</b> (marque todo el que aplica)	
<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela
<input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Empleado por temporada	<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado
<b>Nombre del empleador actual</b> (como aparece en el talón de cheque o W-2)	
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué fuentes de ingreso tuvo el Adulto Primario?</b> (responde todas a continuación)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleo con talones de cheque / W-2s
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ganancias de empleo propio
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Propinas o ganancias en efectivo de empleo ocasional
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subsidios de Desempleo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación de Trabajadores
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Jubilación o pensión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoyo regular / ayuda de amigos o familiares
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Seguro Social como la jubilación, seguro de incapacidad, beneficios de sobreviviente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de Seguro Suplementario (SSI asistencia en efectivo)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF asistencia en efectivo)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención para los hijos y/o pensión alimenticia (ya sea por corte o acuerdo privado)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subsidios de adopción o cuidado de crianza
<b>¿Recibió el Adulto Primario CUALQUIER otro tipo de ingresos en los últimos 12 meses NO mencionados anteriormente?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)	
<b>Si contestó NO a todas las fuentes de ingresos anteriores, ¿cómo se hizo cargo el Adulto Primario de las facturas, el alquiler, los gastos, y las necesidades familiares durante los últimos 12 meses?</b> (explique a continuación)	

ADULTO SECUNDARIO en el hogar	
<b>Primer nombre</b>	
<b>Situación actual de empleo</b> (marque todo el que aplica)	
<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela
<input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Empleado por temporada	<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado
<b>Nombre del empleador actual</b> (como aparece en el talón de cheque o W-2)	
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué fuentes de ingreso tuvo el Adulto Secundario?</b> (responde todas a continuación)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleo con talones de cheque / W-2s
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ganancias de empleo propio
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Propinas o ganancias en efectivo de empleo ocasional
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subsidios de Desempleo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación de Trabajadores
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Jubilación o pensión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoyo regular / ayuda de amigos o familiares
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Seguro Social como la jubilación, seguro de incapacidad, beneficios de sobreviviente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de Seguro Suplementario (SSI asistencia en efectivo)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF asistencia en efectivo)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención para los hijos y/o pensión alimenticia (ya sea por corte o acuerdo privado)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subsidios de adopción o cuidado de crianza
<b>¿Recibió el Adulto Secundario CUALQUIER otro tipo de ingresos en los últimos 12 meses NO mencionados anteriormente?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)	
<b>Si contestó NO a todas las fuentes de ingresos anteriores, ¿cómo se hizo cargo el Adulto Secundario de las facturas, el alquiler, los gastos, y las necesidades familiares durante los últimos 12 meses?</b> (explique a continuación)	

**Entrevista de elegibilidad - Parte 3**

**Circunstancias elegibles del programa** - Es posible que no se necesiten comprobante de ingresos si alguno de los siguientes aplica a usted (responde todas a continuación)

- 1  Sí  No **¿Algún adulto O menor en el hogar que reciba ayuda en efectivo TANF?**  
*La carta de concesión de beneficios dirá "TANF NEON" o "TANF menor solamente." Traiga la carta que detalla lo que está recibiendo actualmente.*
- 2  Sí  No **¿Algún adulto O menor en el hogar que recibe ayuda en efectivo por discapacidad SSI?**  
*La carta de concesión de beneficios dirá "Ingreso de Seguro Suplementario." Traiga la carta que detalla lo que está recibiendo actualmente.*
- 3  Sí  No **¿Actualmente se encuentra en cuidado de crianza algún menor solicitante o solicitante menor embarazada?**  
*Traiga documentos legales de la corte O la carta de colocación temporal y la licencia de cuidado de crianza.*

**Circunstancia de Vivienda familiar** - Las preguntas a continuación son utilizadas para determinar mejor su elegibilidad al programa debido a que por ciertas circunstancias de vivienda puede significar que no será necesario la documentación de ingresos (responde todas a continuación)

- 4  Sí  No **¿Cómo identificaría la situación de Vivienda de su familia?** (marque una opción a continuación que mejor se adapte a su situación)
  - La vivienda es propiedad del *Adulto Primario* y/o *Adulto Secundario*
  - Pagando renta
  - No se realiza ningún pago para la vivienda y nuestra situación de vivienda es PERMANENTE
  - Estamos en una situación temporal de vivienda y en cualquier tiempo nos podemos quedar sin vivienda
- 5  Sí  No **¿Su familia se hospeda en un Proyecto de Vivienda de transición, refugio de emergencia, o motel/hotel?**  
*Si la respuesta es sí, ¿dónde se hospeda?* \_\_\_\_\_
- 6  Sí  No **¿Se queda temporalmente su familia con amigos o familia porque no tiene dónde ir?**  
*(Si la respuesta es sí, especifique a continuación las razones por las cuales se aloja con amigos)*
  - Pérdida de empleo o ingresos       Dificultades financieras o económicas
  - Enfermedad o razón medica       Perdida de vivienda debido a peligro, conflicto extremo o razón similar
  - Encarcelamiento       Desalojo, ejecución hipotecaria u otra perdida de vivienda como un incendio de casa
  - Víctima de desastres naturales       Separación del cónyuge / pareja causó desplazamiento
  - Otro no mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_
- 7  Sí  No **¿Su familia está viviendo en una residencia con instalaciones inadecuadas / vivienda de calidad inferior?**  
*(revisar los escenarios siguientes y, si la respuesta sí, marcar todos lo aplicables)*
  - RV, remolque móvil, coche, parque, terreno de campamento, espacios públicos, etc.
  - No hay agua adecuada, calefacción, electricidad, cocina o plomería
  - Condiciones inseguras (sistemas eléctricos o calefacción peligrosos, pisos podridos, moho, infestaciones de insectos / ratones, fugas de gas, etc.)
  - Amontonamiento en el hogar
  - Otro no mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_

*Describe la situación de su familia:* \_\_\_\_\_
- 8  Sí  No **¿Algún solicitante menor o menor embarazada solicitante que NO se encuentre bajo la custodia física de un padre biológico o tutor legal debido a cualquiera de las siguientes circunstancias?**  
*(revisar los escenarios siguientes y, si la respuesta sí, marcar todos lo aplicables)*
  - Perdida de Vivienda debido a peligro, conflicto extremo, condiciones de vida inseguras, o razones similares
  - Desalojo, ejecución hipotecaria u otra perdida de vivienda tal y como un incendio de hogar
  - Dificultades financieras / económicas, pérdida de empleo o ingresos de los padres, etc.
  - Situaciones inestables como el encarcelamiento de un padre, abuso de alcohol / drogas, etc.

*Describe la situación:* \_\_\_\_\_

Niños que solicitan el programa - Parte 1

Niño solicitante 1		
Primer nombre		
Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)		
Fecha de nacimiento	Genero	
MM / DD / AA	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Ethnicity		
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
Raza (marque todo lo que aplica)		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Africano americano / negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado		
Idioma primario		
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Habilidad de hablar y comprender ingles		
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien		
Cobertura de seguro médico y dental		
Médico	Dental	Marque todo lo que aplique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevada Check Up
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basado al empleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compra directa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención médica militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de salud para indígenas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NINGUNA
Información del médico		
Nombre del médico o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene médico		
Información del dentista		
Nombre del dentista o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene dentista		

Niño solicitante 2		
Primer nombre		
Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)		
Fecha de nacimiento	Genero	
MM / DD / AA	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Ethnicity		
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
Raza (marque todo lo que aplica)		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Africano americano / negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado		
Idioma primario		
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Habilidad de hablar y comprender ingles		
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien		
Cobertura de seguro médico y dental		
Médico	Dental	Marque todo lo que aplique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevada Check Up
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basado al empleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compra directa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención médica militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de salud para indígenas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NINGUNA
Información del médico		
Nombre del médico o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene médico		
Información del dentista		
Nombre del dentista o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene dentista		

Niño solicitante 3		
Primer nombre		
Apellido (como aparece en el acta de nacimiento)		
Fecha de nacimiento	Genero	
MM / DD / AA	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Ethnicity		
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
Raza (marque todo lo que aplica)		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Africano americano / negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado		
Idioma primario		
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Habilidad de hablar y comprender ingles		
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien		
Cobertura de seguro médico y dental		
Médico	Dental	Marque todo lo que aplique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevada Check Up
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basado al empleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compra directa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención médica militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de salud para indígenas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NINGUNA
Información del médico		
Nombre del médico o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene médico		
Información del dentista		
Nombre del dentista o nombre de la oficina		
Número de teléfono	Último examen	
	MM/AAAA	
<input type="checkbox"/> El niño NO tiene dentista		

Niños que solicitan el programa - Parte 2

Niño Solicitante 1			Niño Solicitante 2			Niño Solicitante 3																																																																										
Primer nombre			Primer nombre			Primer nombre																																																																										
¿Tiene este niño una discapacidad o algunas otras necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sospecha solamente <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)			¿Tiene este niño una discapacidad o algunas otras necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sospecha solamente <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)			¿Tiene este niño una discapacidad o algunas otras necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sospecha solamente <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)																																																																										
¿Tiene este niño documentación sobre necesidades especiales y/o discapacidades? <input type="checkbox"/> Sí (proporcione IFSP o IEP) <input type="checkbox"/> No			¿Tiene este niño documentación sobre necesidades especiales y/o discapacidades? <input type="checkbox"/> Sí (proporcione IFSP o IEP) <input type="checkbox"/> No			¿Tiene este niño documentación sobre necesidades especiales y/o discapacidades? <input type="checkbox"/> Sí (proporcione IFSP o IEP) <input type="checkbox"/> No																																																																										
¿Recibe este niño educación especial o algún otro servicio de intervención temprana? <input type="checkbox"/> Sí (especifique a continuación) <input type="checkbox"/> No			¿Recibe este niño educación especial o algún otro servicio de intervención temprana? <input type="checkbox"/> Sí (especifique a continuación) <input type="checkbox"/> No			¿Recibe este niño educación especial o algún otro servicio de intervención temprana? <input type="checkbox"/> Sí (especifique a continuación) <input type="checkbox"/> No																																																																										
<b>Relación a los adultos en la solicitud</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adulto Primario</th> <th>Adulto Secundario</th> <th>Marque uno por cada adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo biológico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijastro por matrimonio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nieto</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra pariente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo adoptive</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Niño de crianza</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>No es legal ni relación por sangre</td></tr> </tbody> </table>			Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre	<b>Relación a los adultos en la solicitud</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adulto Primario</th> <th>Adulto Secundario</th> <th>Marque uno por cada adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo biológico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijastro por matrimonio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nieto</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra pariente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo adoptive</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Niño de crianza</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>No es legal ni relación por sangre</td></tr> </tbody> </table>			Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre	<b>Relación a los adultos en la solicitud</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adulto Primario</th> <th>Adulto Secundario</th> <th>Marque uno por cada adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo biológico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijastro por matrimonio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nieto</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otra pariente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hijo adoptive</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Niño de crianza</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>No es legal ni relación por sangre</td></tr> </tbody> </table>			Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre
Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre																																																																														
Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre																																																																														
Adulto Primario	Adulto Secundario	Marque uno por cada adulto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo biológico																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijastro por matrimonio																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieto																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra pariente																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijo adoptive																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño de crianza																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es legal ni relación por sangre																																																																														
<b>Tipo de familia para este niño</b> <input type="checkbox"/> Dos padres / tutores en el mismo hogar <input type="checkbox"/> Custodia dividida el niño reside en dos hogares <input type="checkbox"/> Solo padre soltero / tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación)			<b>Tipo de familia para este niño</b> <input type="checkbox"/> Dos padres / tutores en el mismo hogar <input type="checkbox"/> Custodia dividida el niño reside en dos hogares <input type="checkbox"/> Solo padre soltero / tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación)			<b>Tipo de familia para este niño</b> <input type="checkbox"/> Dos padres / tutores en el mismo hogar <input type="checkbox"/> Custodia dividida el niño reside en dos hogares <input type="checkbox"/> Solo padre soltero / tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación)																																																																										
¿Existe una orden judicial o un acuerdo privado para la custodia, adopción, tutela o protección para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No			¿Existe una orden judicial o un acuerdo privado para la custodia, adopción, tutela o protección para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No			¿Existe una orden judicial o un acuerdo privado para la custodia, adopción, tutela o protección para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No																																																																										
¿En los últimos 12 meses, recibió manutención para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No			¿En los últimos 12 meses, recibió manutención para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No			¿En los últimos 12 meses, recibió manutención para este niño? <input type="checkbox"/> Sí (proporcionar documento) <input type="checkbox"/> No																																																																										



**Circunstancias del niño y la familia** - Su honesta finalización de las siguientes preguntas es muy apreciada. Esta información es confidencial y se utiliza solo para entender mejor la necesidad de servicios a su familia. Queremos servir a los que más necesitan de nuestros servicios.

**Circunstancias del niño solicitante**

Niño Solicitante 1	Niño Solicitante 2	Niño Solicitante 3	Considere las siguientes circunstancias y especifique para cada niño solicitante (responde todas a continuación)
Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está este niño haciendo la transición del programa Early Head Start para bebés y niños pequeños porque es o será 3?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez este niño ha expuesto al abuso, negligencia, violencia o disfunción en el hogar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez este niño ha sido removido del hogar y puesto en cuidado de crianza temporal o en el cuidado de otra persona?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño tiene problemas de conducta y/o problemas emocionales?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene este niño ha perdido un padre debido a la muerte, el abandono, deportación, o encarcelamiento?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se encuentran involucrados los Servicios de Protección Infantil (CPS) en la vida de este niño?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño está siendo cuidado actualmente por alguien que no sea el padre biológico?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido el padre o el tutor de este niño problemas con el abuso del alcohol y/o sustancias?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez el padre o tutor de este niño ha sido encarcelado?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño se ha mudado o cambiado residencia más de 3 veces en los últimos 12 meses?

**Circunstancias de mujer embarazada solicitante** - Si esta sección no es aplicable a su familia, tache esta sección y pase a la sección *Necesidad de servicios de día completo*.

**¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último embarazo?**

Nunca he estado embarazada     Menos de 18 meses     Más de 18 meses

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p><b>¿Tiene un historial de cualquiera de los siguientes?</b> (revisar los escenarios siguientes y, si la respuesta es sí, marque todos lo aplicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas pulmonares, renales o cardiacos</td> <td><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</td> <td><input type="checkbox"/> Preeclampsia</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Aborto espontaneo o mortinato</td> <td><input type="checkbox"/> Parto prematuro</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de trastornos genéticos</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno compulsivo</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares, renales o cardiacos	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Aborto espontaneo o mortinato	<input type="checkbox"/> Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de trastornos genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Trastorno compulsivo	
<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares, renales o cardiacos	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Cáncer										
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Aborto espontaneo o mortinato	<input type="checkbox"/> Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Diabetes										
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de trastornos genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Trastorno compulsivo											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p><b>¿Ha utilizado o estado expuesta a alguna de las siguientes sustancias durante su embarazo?</b> (revisar los escenarios siguientes y, si la respuesta es sí, marque todos lo aplicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Humo de segundo mano</td> <td><input type="checkbox"/> Cigarillos / tabaco</td> <td><input type="checkbox"/> Alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> Cafeína</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drogas sin receta</td> <td><input type="checkbox"/> Drogas recetadas</td> <td><input type="checkbox"/> Drogas callejeras</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Humo de segundo mano	<input type="checkbox"/> Cigarillos / tabaco	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cafeína	<input type="checkbox"/> Drogas sin receta	<input type="checkbox"/> Drogas recetadas	<input type="checkbox"/> Drogas callejeras					
<input type="checkbox"/> Humo de segundo mano	<input type="checkbox"/> Cigarillos / tabaco	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cafeína										
<input type="checkbox"/> Drogas sin receta	<input type="checkbox"/> Drogas recetadas	<input type="checkbox"/> Drogas callejeras											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p><b>¿Está recibiendo atención prenatal?</b> Si la respuesta es sí, ¿dónde recibe atención? _____</p>												
	<p><b>¿Tiene su edad MENOS de 17 años o MÁS de 35?</b></p>												

**Necesidad de servicios de día completo** - Para cada adulto, especifique la necesidad que mejor describa la situación

Adulto Primario	Adulto Secundario
<input type="checkbox"/> Trabajando, entrenamiento o asistiendo a la escuela	<input type="checkbox"/> Trabajando, entrenamiento o asistiendo a la escuela
<input type="checkbox"/> Necesita cuidado para trabajar o asistir a la escuela	<input type="checkbox"/> Necesita cuidado para trabajar o asistir a la escuela
<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado, incapaz de trabajar o asistir a la escuela	<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado, incapaz de trabajar o asistir a la escuela
<input type="checkbox"/> Sin planes de trabajar o asistir a la escuela	<input type="checkbox"/> Sin planes de trabajar o asistir a la escuela
	<input type="checkbox"/> No aplicable, el Adulto Primario es un padre soltero

**Niños adicionales en el hogar - No niños solicitantes**

Niño adicional 1	
<b>Primer nombre Y apellido</b> (nombre legal)	<b>Fecha de nacimiento</b>
	MM / DD / AA
<b>Género</b> (marque uno)	<b>Etnicidad</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Africano Americano / negro	<input type="checkbox"/> No especificado
<b>Primer idioma</b> (marque uno)	<b>Habilidad de ingles</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/> Atención médica militar	<input type="checkbox"/> NV Check Up <input type="checkbox"/> Compra directa
<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Discapacidad diagnosticada</b>	<b>¿Manutención recibida para este niño?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Relación al Adulto Primario</b>	<b>Relación al Adulto Secundario</b>
<input type="checkbox"/> Hijo biológico	<input type="checkbox"/> Hijo biológico
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Niño adicional 2	
<b>Primer nombre Y apellido</b> (nombre legal)	<b>Fecha de nacimiento</b>
	MM / DD / AA
<b>Género</b> (marque uno)	<b>Etnicidad</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Africano Americano / negro	<input type="checkbox"/> No especificado
<b>Primer idioma</b> (marque uno)	<b>Habilidad de ingles</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/> Atención médica militar	<input type="checkbox"/> NV Check Up <input type="checkbox"/> Compra directa
<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Discapacidad diagnosticada</b>	<b>¿Manutención recibida para este niño?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Relación al Adulto Primario</b>	<b>Relación al Adulto Secundario</b>
<input type="checkbox"/> Hijo biológico	<input type="checkbox"/> Hijo biológico
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Niño adicional 3	
<b>Primer nombre Y apellido</b> (nombre legal)	<b>Fecha de nacimiento</b>
	MM / DD / AA
<b>Género</b> (marque uno)	<b>Etnicidad</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Africano Americano / negro	<input type="checkbox"/> No especificado
<b>Primer idioma</b> (marque uno)	<b>Habilidad de ingles</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/> Atención médica militar	<input type="checkbox"/> NV Check Up <input type="checkbox"/> Compra directa
<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Discapacidad diagnosticada</b>	<b>¿Manutención recibida para este niño?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Relación al Adulto Primario</b>	<b>Relación al Adulto Secundario</b>
<input type="checkbox"/> Hijo biológico	<input type="checkbox"/> Hijo biológico
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Niño adicional 4	
<b>Primer nombre Y apellido</b> (nombre legal)	<b>Fecha de nacimiento</b>
	MM / DD / AA
<b>Género</b> (marque uno)	<b>Etnicidad</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Africano Americano / negro	<input type="checkbox"/> No especificado
<b>Primer idioma</b> (marque uno)	<b>Habilidad de ingles</b> (marque uno)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien
<b>Cobertura de seguro médico</b> (marque todos lo aplicables)	
<input type="checkbox"/> Basado al empleo	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (discapacitado)
<input type="checkbox"/> Atención médica militar	<input type="checkbox"/> NV Check Up <input type="checkbox"/> Compra directa
<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Discapacidad diagnosticada</b>	<b>¿Manutención recibida para este niño?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Relación al Adulto Primario</b>	<b>Relación al Adulto Secundario</b>
<input type="checkbox"/> Hijo biológico	<input type="checkbox"/> Hijo biológico
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**Notificación de divulgación del solicitante**

Yo por lo presente declare que la información en esta solicitud de servicios del programa es cierta y correcta a lo mejor de mi conocimiento y comprensión. No he cometido yo ni alguna persona que me represente declaraciones falsas o engañosas. La aceptación de la solicitud NO garantiza que los servicios se realizaran bajo ningún programa, y los servicios son dependientes de varios factores incluyendo solicitudes acertadas, disposición de fondos y la decisión de si el solicitante califica al programa.

Yo por lo presente libero, descargo y exonero a Community Services Agency, sus agentes y representantes y cualquier persona aportando o examinando información de cualquier y toda responsabilidad de cualquier naturaleza o clase que surja de aportar e inspeccionar información de dichos documentos, registros u otra información y esta renuncia será vinculante sobre mis representantes legales, herederos y cesionarios. Además, autorizo a Community Services Agency y sus agentes y representantes a usar la información que he proporcionado y agregarlo a la información de otros clientes de Community Services Agency por cualquier y todo propósito de informes y finanzas del programa.

Community Services Agency, sus agentes, socios y fuentes financieras, no discriminan por motivos de color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidades, estado civil, orientación, ascendencia, o cualquier otra consideración hecha ilegal por las leyes de discriminación aplicables. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**¡SE REQUIERE SU FIRMA A CONTINUACIÓN PARA COMPLETAR SU SOLICITUD! ↓**

FIRMA de Adulto Primario o Secundario	IMPRESA su nombre	Fecha de hoy
		MM / DD / AA