

# Solicitud de Inscripción a Head Start

Revisada 6/02/2009 – El criterio fue aprobado por el Consejo de Póliza el 3/17/2009

**Adulto Primario** – Complete la siguiente información para el padre o guardián jefe de familia viviendo en el hogar.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano  <b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto	

<b>¿Está Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Que relación tiene con el niño que esta inscribiendo a Head Start?</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre Biológico <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre Temporal <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra por matrimonio <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adoptivo <input type="checkbox"/> Ningún Parentesco Legal/Sangre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--

<b>Nivel de Educación Más Alto</b> <input type="checkbox"/> 9 Grado o Menos <input type="checkbox"/> Preparatoria Sin-Graduar <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría	<b>TODOS Sus Medios de Ingreso Durante los Previos 12 Meses – NO deje nada en blanco</b> <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (TANF/SSI) <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Empleo/Auto-Empleo <input type="checkbox"/> Becas Escolares/Colegiatura/Asistencia <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Subsidio por el Cuidado Temporal de Niños/Adopción <input type="checkbox"/> Manutención de Niño/Pensión <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ningún Medio de Ingreso <input type="checkbox"/> Otro:
--	---

**Status de Empleo Actual** – conteste TODAS las siguientes preguntas

Tiempo-Completo (35 horas o más por semana)     Tiempo-Parcial (menos de 34 horas por semana)     Empleo Temporal

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección de su Empleador: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Entrenamiento o Escuela     Desempleado     Jubilado o Discapacitado

**¿SI NO tiene empleo, cuando fue la última vez que trabajo?** (mes y año o escriba N/A si no es aplicable): \_\_\_\_\_

**El total de meses que trabajo en los previos 12 meses (0 – 12):** \_\_\_\_\_ → desde (mes/año): \_\_\_\_\_ a (mes/año): \_\_\_\_\_

**¿En cuántos empleos a trabajado durante los previos 12 meses?** (ejemplo: 0 o 2): \_\_\_\_\_

**Adulto Segundo** – Complete la siguiente información para el segundo padre o guardián viviendo en el hogar. Si no es aplicable, déjelo en blanco.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano  <b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto	

<b>¿Está Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Que relación tiene con el niño que esta inscribiendo a Head Start?</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre Biológico <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre Temporal <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra por matrimonio <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adoptivo <input type="checkbox"/> Ningún Parentesco Legal/Sangre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--

<b>Nivel de Educación Más Alto</b> <input type="checkbox"/> 9 Grado o Menos <input type="checkbox"/> Preparatoria Sin-Graduar <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría	<b>TODOS Sus Medios de Ingreso Durante los Previos 12 Meses – NO deje nada en blanco</b> <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (TANF/SSI) <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Empleo/Auto-Empleo <input type="checkbox"/> Becas Escolares/Colegiatura/Asistencia <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Subsidio por el Cuidado Temporal de Niños/Adopción <input type="checkbox"/> Manutención de Niño/Pensión <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ningún Medio de Ingreso <input type="checkbox"/> Otro:
--	---

**Status de Empleo Actual** – conteste TODAS las siguientes preguntas

Tiempo-Completo (35 horas o más por semana)     Tiempo-Parcial (menos de 34 horas por semana)     Empleo Temporal

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección de su Empleador: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Entrenamiento o Escuela     Desempleado     Jubilado o Discapacitado

**¿SI NO tiene empleo, cuando fue la última vez que trabajo?** (mes y año o escriba N/A si no es aplicable): \_\_\_\_\_

**El total de meses que trabajo en los previos 12 meses (0 – 12):** \_\_\_\_\_ → desde (mes/año): \_\_\_\_\_ a (mes/año): \_\_\_\_\_

**¿En cuántos empleos a trabajado durante los previos 12 meses?** (ejemplo: 0 o 2): \_\_\_\_\_

# Solicitud de Inscripción a Head Start

Revisada 6/02/2009 – El criterio fue aprobado por el Consejo de Póliza el 3/17/2009

Información Personal de la Familia					
Domicilio Donde Reside		# de Apt/Espacio	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio Donde Recibe la Correspondencia		# de Apt/Espacio	Ciudad	Estado	Código Postal
<b>Número de Teléfono Actual</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )      -		<b>Número de Teléfono Secundario</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )      -		<b>Número de Teléfono de Mensaje</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )      -	
Correo Electrónico					
<b>Situación de Vivienda Actual</b> <input type="checkbox"/> Paga Renta <input type="checkbox"/> No Paga Renta <input type="checkbox"/> Propietario de Casa <input type="checkbox"/> Sin Hogar		<b>Tipo de Vivienda</b> <input type="checkbox"/> Apartamento (a) <input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse (c) <input type="checkbox"/> Casa Móvil/Traila (e) <input type="checkbox"/> Albergue (g)		<input type="checkbox"/> Casa (b) <input type="checkbox"/> Duplex/Triplex/4-plex (d) <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (f) <input type="checkbox"/> Parque, Calle, Auto o Campamento (h)	<b>Medio de Transporte</b> <input type="checkbox"/> Coche (1) <input type="checkbox"/> Coche de un Amigo/Pariente (2) <input type="checkbox"/> Transportación Pública (3) <input type="checkbox"/> No Tiene Transportación (4)
<b>¿Cómo se Entero de Nuestro Programa de Head Start?</b> <input type="checkbox"/> Directorio (i) <input type="checkbox"/> Internet la Web (j) <input type="checkbox"/> Radio (k) <input type="checkbox"/> Televisión (l) <input type="checkbox"/> Familiares (m) <input type="checkbox"/> Amistad (n) <input type="checkbox"/> Referencia de una Agencia (o) <input type="checkbox"/> Periódico (p) <input type="checkbox"/> Eventos Comunitarios (q) <input type="checkbox"/> Poster/Volante (r) <input type="checkbox"/> Referencia de CSA/HS (t)			<b>¿Está la Familia Recibiendo Otros Servicios?</b> <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con la Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Sección 8 Viviendo <input type="checkbox"/> HUD Aisistencia de Vivienda <input type="checkbox"/> Ningún Servicio		
<b>Tipo de Familia – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Familia de Dos Padres (v) <input type="checkbox"/> Figura Materna Únicamente – Madre Soltera (w) <input type="checkbox"/> Figura Paterna Únicamente – Padre Soltero (x) <input type="checkbox"/> Familia de Abuelos Criando a Nietos (y) <input type="checkbox"/> Familia Temporal/Foster (z) <input type="checkbox"/> Otros Parientes (y)		<b>Por Favor Incluya Cualquier Preocupación Que Tenga Referente a Su Hijo, la Situación Que Esta Pasando la Familia o Cualquier Otra Información Que Usted Sienta Que Debamos Conocer para Determinar la Inscripción de Su Hijo a Nuestro Programa Head Start y le de Prioridad en la Lista de Espera</b>			
<b>¿Alguno de los Padres del Niño Siendo Inscrito al Programa Head Start Se Encuentra Encarcelado o a Fallecido?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Tamaño de la Familia</b> ¿Cuántos adultos viven en el hogar? _____ ¿Cuántos niños viven en el hogar? _____					
Declaración de la Revelación del Solicitante al Programa (Se Requiere una Firma)					
<p>Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud para los servicios del programa es verdadera y correcta a mi mejor entendimiento y conocimiento. Nadie representándome o yo hemos dado ninguna declaración falsa o engañosa. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios serán ofrecidos bajo ningún programa, y esos servicios dependen en muchas cosas incluyendo la solicitud precisa, disponibilidad de fondos y la determinación que el solicitante califica para el programa.</p> <p>Yo libero y exonero a la Agencia Community Services, sus agentes y representantes y cualquier persona suministrando información de cualquier y toda responsabilidad de cualquier naturaleza que resulte por la inspección a dicho documentos, record y otra información, y esta exoneración incluye a mi representante legal, heredero y persona asignada. Adicionalmente autorizo a la Agencia Community Services y sus agentes y representantes utilizar la información que eh proveído agregando a otros clientes de la Agencia Community Services para cualquier y todos los propósitos de fondos y reportes.</p>					
Firma del Solicitante _____			Fecha de Hoy _____		
<p>La Agencia Community Services, sus agentes, socios y medios de fondos no discriminan basándose en la raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad, o status marital. "El USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales."</p>					

# Solicitud de Inscripción a Head Start

Revisada 6/02/2009 – El criterio fue aprobado por el Consejo de Póliza el 3/17/2009

**Niño(a) Siendo Inscrito al Programa Head Start** – Complete lo siguiente con la información del niño que de sea inscribir.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano  <b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
			<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto		
<b>¿Que Relación tiene con el Adulto Primario?</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Otra Relación – por favor especifique _____ <input type="checkbox"/> No aplicable			<b>¿Que Relación tiene con el Adulto Secundario?</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Otra Relación – por favor especifique _____ <input type="checkbox"/> No aplicable		
<b>¿Tiene Su Hijo un Médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de Médico: _____ Dirección: _____ Número Telefónico: _____  <b>¿Se le ha realizado a su hijo (a) un Examen Físico en los últimos 12 Meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contesto sí, Cuándo? (mes y año): _____			<b>¿Tiene Su Hijo un Dentista?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de Dentista: _____ Dirección: _____ Número Telefónico: _____  <b>¿Se le ha realizado a su hijo (a) un Examen Dental en los últimos 12 Meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contesto sí, Cuándo? (mes y año): _____		
<b>Cobertura de Seguro Médico</b> – marque todo lo aplicable <input type="checkbox"/> Ninguna <b>Medicaid</b> (seleccione su plan): <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada <input type="checkbox"/> No estoy segura que plan tengo <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Seguro Privado → Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Otra Cobertura → Nombre: _____  <b># de ID de Su Seguro Médico/Grupo</b> _____			<b>¿Tiene Su Hijo Una Condición Médica Que Requiera Medicamento, Acomodaciones o Restricciones Especiales en el Salón de Clase o Mientras Juega en el Exterior? Por ejemplo, Historial de Asma, Alergias, Ataques, Etc?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Por favor explique la condición médica: _____ _____  <b>¿Requiere de algún medicamento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre: _____  <b>¿Cuándo fue diagnosticado?</b> _____  <b>¿Quién dio el diagnostico a la condición médica?</b> _____		
<b>¿Tiene su hijo (a) una Necesidad Especial o Discapacidades?</b> – por favor seleccione UNO de los siguientes <input type="checkbox"/> Mi hijo NO TIENE necesidades especiales o discapacidades y no hay nada que me preocupe <input type="checkbox"/> Me preocupa que mi hijo puede tener necesidades especiales o discapacidades → Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo ha sido diagnosticado con necesidades especiales o discapacidades → Especifique: _____  <b>¿Tiene su hijo un IEP?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>¿Requiere Servicios de Todo el Día?</b> – marque todo lo aplicable al Adulto Primario y Secundaria					
<b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Trabaja cuando menos 30 horas por semana <input type="checkbox"/> Asiste tiempo complete al colegio/universidad <input type="checkbox"/> Trabaja Y asiste al colegio/universidad <input type="checkbox"/> No trabaja o asiste al colegio/universidad			<b>Segundo Adulto (si no es aplicable, déjelo en blanco)</b> <input type="checkbox"/> Trabaja cuando menos 30 horas por semana <input type="checkbox"/> Asiste tiempo complete al colegio/universidad <input type="checkbox"/> Trabaja Y asiste al colegio/universidad <input type="checkbox"/> No trabaja o asiste al colegio/universidad		
<b>¿Qué Tipo de Cuidado Infantil Tiene Actualmente Su Hijo?</b> <input type="checkbox"/> Nada, mi hijo no tiene cuidado infantil <input type="checkbox"/> A mi hijo lo cuida un pariente o una niñera <input type="checkbox"/> Mi hijo asiste a un centro de cuidado infantil					
<b>Clase Preferido</b> Nombre del Centro: _____  <i>* Los espacios de la sesión de Todo el Día y Día Extendido son limitados.</i>			<b>Sesión Preferida</b> <input type="checkbox"/> Mañana (8:00 a.m. – 11:30 a.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Tarde (1:00 p.m. – 4:30 p.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Día Extendido (8:00 a.m. – 1:00 p.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Todo el Día (7:45 a.m. – 5:15 p.m., Lunes – Viernes)		
<b>Segunda Clase Preferida</b> Nombre del Centro: _____  <i>* Los espacios de la sesión de Todo el Día y Día Extendido son limitados.</i>			<b>Segunda Sesión Preferida</b> <input type="checkbox"/> Mañana (8:00 a.m. – 11:30 a.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Tarde (1:00 p.m. – 4:30 p.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Día Extendido (8:00 a.m. – 1:00 p.m., Lunes – Jueves) <input type="checkbox"/> Todo el Día (7:45 a.m. – 5:15 p.m., Lunes – Viernes)		

# Solicitud de Inscripción a Head Start

Revisada 6/02/2009 – El criterio fue aprobado por el Consejo de Póliza el 3/17/2009

## Niños Adicionales Viviendo en el Hogar – Parentesco con el Adulto Primario/Secundario por sangre, matrimonio o adopción.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto
<b>¿Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Que Relación tiene con el Padre/Madre Primario y Secundario</b> <b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Segundo Adulto</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro:

## Niños Adicionales Viviendo en el Hogar – Parentesco con el Adulto Primario/Secundario por sangre, matrimonio o adopción.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto
<b>¿Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Qué Relación tiene con el Padre/Madre Primario y Secundario</b> <b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Segundo Adulto</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro:

## Niños Adicionales Viviendo en el Hogar – Parentesco con el Adulto Primario/Secundario por sangre, matrimonio o adopción.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto
<b>¿Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Qué Relación tiene con el Padre/Madre Primario y Secundario</b> <b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Segundo Adulto</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro:

## Niños Adicionales Viviendo en el Hogar – Parentesco con el Adulto Primario/Secundario por sangre, matrimonio o adopción.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Social Security Number</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto
<b>¿Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Qué Relación tiene con el Padre/Madre Primario y Secundario</b> <b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Segundo Adulto</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro:

## Niños Adicionales Viviendo en el Hogar – Parentesco con el Adulto Primario/Secundario por sangre, matrimonio o adopción.

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Raza – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Habilidad para Hablar Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Perfecto
<b>¿Discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Qué Relación tiene con el Padre/Madre Primario y Secundario</b> <b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Segundo Adulto</b> <input type="checkbox"/> Hijo (a) Biológico <input type="checkbox"/> Especifique la Relación:		<b>Cobertura de Seguro Médico – marque todo lo aplicable</b> <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Otro: