

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud		# del Seguro	Medicaid		Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico
					<input type="checkbox"/> No es Elegible			
					<input type="checkbox"/> On Medicaid			
					<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			
Cobertura Dental			Número de Dental			Dentista/Hogar Dental		

Adulto Principal									
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo			<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12		<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada			<input type="checkbox"/> Nieto			<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9		<input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Otro pariente			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			
			<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela						
			<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						
					Dirección de Email: _____				

Adulto Secundario									
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo			<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12		<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada			<input type="checkbox"/> Nieto			<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9		<input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Otro pariente			Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			
			<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela						
			<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						
					Dirección de Email: _____				

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.