Aplicación para "Child & Family Development Program"

INFORMACIÓN DE NIÑO/A			
Apellido Legal de Niño/a			
El Nombre que Prefiere para Niño/a			
# Seguridad Social Niño/a	Sexo M F	Fecha de Nacimiento	***Primer Idioma***:
Raiz: Negro De Hawaiian o Pacific Islands Asiático Blanco Americano Nativo Otro			
Étnico: (Chino, Mexicano, Hispanico, Latino, etc.)			

INFORMACIÓN DE FAMILIA							
Adulto Principal				# SSN Adulto Principal			
Adulto Secondaro							
Dirección de Casa	Ciudad	Estado	Zip	Dirección de Correo	Ciudad	Zip	Condado
Teléfono Indique uno: Casa Cell Trabajo Mensaje				Teléfono Indique uno: Casa Cell Trabajo Mensaje			
Dirección de email:							
Estado paternal: Uno Dos	***Primer Idioma en Casa:***	# en Familia	# de Todos Niños _____ # de Niños de Edad: 0-3 ____4-5 ____			# en Casa	
WIC: Sí No			WIC Case #:				
¿Está recibiendo ayuda publica? Sí No			¿Recibe Ud. estampillas de comida? Sí No				
Primer Seguro de Salud:			# de Seguro:				
DOCTOR							
El Nombre:	Dirección	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono		
DENTISTA							
El Nombre:	Dirección	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono		

Ganancias: por favor indique que está más cerca de sus ganancias anuales. **Entendido que mi ingreso familiar tiene que verificado antes de que mi niño/a sea seleccionado.**

$0 a $3,000 $6,000 a $9,000 $12,000 a $15,000 $20,000 a $25,000

$3,000 a $6,000 $9,000 a $12,000 $15,000 a $20,000 $25,000 a $30,000

Si más de $30,000 Indique la Cantidad _____

¿Niño/a fue referido al programa? No Sí *(por quién?)* *(¿Por qué?)*

OPTIONAL: Niño/a tiene incapacidad o necesidad especial: no sospecho sí *(dé la diagnosis, la fecha y de que)*

OPTIONAL: la familia tiene una necesidad específica o crisis: No Sí, *(describe)*

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera, si una parte de la informacion fuera falsa, mi participacion en los programasde este organismo pueden ser terminados, entiendo que la informacion en esta aplicacion es estrictamnente confidencial dentro del programa y que esara disponsible para mi cuando lo require durante las hors de la empresa normales.

Firma de padre o guardian _____ **Fecha** _____

INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE FAMILIA ~ Adultos							
Primer Nombre y Apellido de Todos de Adultos en Casa – Empieza con Primer Adulto	Fecha de Nacimiento	# Seguridad Social	Sexo	***Años Completado de Escuela***	***Estado de Empleado ahora***	Vive con la Familia	Soporte Financiar o
			M F			Sí No	Sí No
			M F			Sí No	Sí No
Adolescente padre: sí no							

Codigos para Años Completado de Escuela

G9= por grado 9
G10= por grado 10
G11= por grado 11
G12= por grado 12

HSG = Prepatorial
GED = G.E. Diploma
COL = poco de Universidad
CTG = Diploma de Universidad

A = Associate Degree
B = Bachelor's Degree
M = Master's Degree

Codigoas para Estado de Empleado Ahora

B = el trabajo/entrenamiento todo el tiempo
P = parte del tiempo (menos de 35 hrs/wk)
F = todo el tiempo (más de 35 hrs/week)
L = trabajo/entrenamiento parte del tiempo
R = jubilado / inhabilitado

S= Seasonal
T = Transitional/escuela
U = Desempleados

Niños					
Nombre primero y apellido de niños en casa	Fecha de nacimiento	# Seguridad Social	Sexos	Relación del Primer Adulto a Niño/a	Tiene responsibilidad de Cuidado
			M F		Sí No
			M F		Sí No
			M F		Sí No
			M F		Sí No
			M F		Sí No

Relación del Primer Adulto a Niño/a

Niño/a Natural Madrasta Padrasto Nieto/a Foster Sobrina/o Otro

☐Si hay más niños, continue atras de este papel

PARA EL USO DE PERSONAL SOLAMENTE – STAFF USE ONLY							
Family Member	**Source**	**Amount**	**Annual Income**	**Type**	**Describe**	**Verification Code**	**Public Assistance Code**
		$	$				
		$	$				
		$	$				
		$	$				
		$	$				
Total Yearly Income of Family			$				

Type Codes
ERN = Earned

Description Codes
PEN = Pension
SS = Social Security
SSI = Supplemental Security Income*
CS = Child Support
SSDI = Social Security Disability Income

Verification Codes
CS = Check Stub
EL = Employee Letter
W2 = W-2
TAN = TANF
SD = Self Declaration
TR = Tax Return
FC = Foster Child*
HL = Homeless*
O = Other

Public Assistance Codes
MAA – TANF/Cash & Medical
MAA = TANF/Medical Only
OPC = Children under 100% FPL
OP6 = Children under 6 with income between 100-133% FPL
CHP = Children under 19 with income between 100-185% FPL
OSP = SSI eligible
FHIAP

*** Meets income eligibility qualifications**

ELIGIBILITY INFORMACION		
Niño/a eligible proximo año: Sí No	Proof of Birth/Age: Sí No	Hermano/a eligible proximo año: Sí No
Estado de Ingreso: Eligible Más	Estado de Incapasidad: Ningun Sospecho Diagnosis	

Certificación: certifico que esta información es verdadera, si una parte de la informacion fuera falsa mi participacion en los programas de este organismo pueden ser terminados, entiendo que la informacion en esta aplicacion es estrictamnete confidencial dentro del programa y que estara disponible para mi cuando lo require durante las horas de la empresa normales.

Firma de padre(s)/guardian _____ Fecha _____

Firma de personal verificando _____ Fecha _____