

¡Bienvenidos! Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos requeridos.

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de la solicitud.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto entregue su solicitud lo antes posible!

La información de su solicitud es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Educación Temprana.

No requerimos, revisamos ni reportamos estado migratorio ni estado de DSHS.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Por favor comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.

1



Solicitud: Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un bolígrafo de tinta negra o azul.

2



Comprobante de Ingreso: Adjunte una copia del comprobante de sus ingresos familiares.

Utilice todos los que correspondan:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de pago de los pasados 12 meses
- Cartas de adjudicación de beneficios de SSI/TANF de los pasados 12 meses
- Subsidio por cuidado de acogida temporal
- Manutención infantil
- Carta de su empleador en la que se indique su ingreso bruto total de los pasados 12 meses

3



Comprobante del Tamaño de la Familia: Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Puede ser cualquiera de estos:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Contrato de arrendamiento o de vivienda
- Cartas de adjudicación de beneficios (TANF, SSI, etc.)
- Registros escolares
- Un documento judicial o legal

4



Comprobante de la Edad del Niño: Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Carta de Autorización para Cuidado de Acogida Temporal
- Registro de Vacunas actualizado
- Lista de crianza residencial del DOC

5



Comprobante de Tutela Legal: Adjunte una copia del comprobante de la tutela legal.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Registro de Cuidado de Acogida Temporal
- Acuerdo escrito, fechado y firmado por uno de los padres y por la persona que asume responsabilidad sobre la custodia

- **Por favor asegúrese de incluir el comprobante de su ingreso. No podemos procesar su solicitud si no tenemos esta información.**
- **Llame a nuestra oficina si usted recibe otro tipo de documentos que no aparecen listados anteriormente.**
- **Sería útil incluir también una copia de lo siguiente:**
 1. Una copia del registro de vacunas de su hijo al corriente
 2. El IFSP/IEP actual, si corresponde
 3. Examen de salud infantil más reciente
 4. Examen dental más reciente

Entregue su solicitud debidamente llenada, junto con sus documentos a:

Dirección:

Número Telefónico:

Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

Información sobre el Niño – General

| | | |
|--|---|---|
| Nombre: | Inicial del Segundo Nombre: | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año): | Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| ¿Cuál es el idioma natal de su hijo? | 2 ^{do} idioma: | |
| ¿Su hijo es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Cuál es la raza de su hijo? Marque todas las que correspondan: | | |
| <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano | <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior: _____ | |
| ¿Cuál es la ascendencia/tribu/ país de origen de su familia? | | |
| ¿Su hijo ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente : | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en este centro | <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/ de Temporada en el Estado de Washington |
| <input type="checkbox"/> Cualquier Programa de Visita Domiciliaria de Birth to Three | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en otro centro | |
| <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) | | |
| ¿Cuándo fue la última vez que asistió? _____ Nombre y ubicación del Programa: _____ | | |
| ¿El niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿El hermano(a) de este niño se encuentra inscrito(a) actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa. | | |
| ¿Su hijo se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal/con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí- # de Caso o # de ID del Cliente _____ | <input type="checkbox"/> No | |
| Cantidad y fuente del subsidio/pago mensual _____ | <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribu <input type="checkbox"/> Otro | |
| # de niños cubiertos por la cantidad del subsidio _____ | | |
| ¿Su hijo se encuentra bajo cuidado con parientes sin recibir un subsidio de cierta cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Su hijo fue adoptado después de haber estado bajo cuidado de acogida temporal o con parientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna vez se le ha solicitado a su hijo que se retire de un centro de guardería o escuela preescolar debido a problemas de conducta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Su familia se encuentra recibiendo actualmente servicios a través de lo siguiente? | | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil (CPS) <input type="checkbox"/> Respuesta a una Evaluación Familiar (FAR) <input type="checkbox"/> Bienestar Infantil Indio (ICW)? <input type="checkbox"/> Ninguno | | |
| ¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS o de ICW anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No | | |

Información Sobre la Salud y el Desarrollo del Niño

| | | | |
|---|--|--|---|
| ¿Este niño cuenta con seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Sí, ¿de qué tipo? | <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne | <input type="checkbox"/> Seguro Privado | <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Cobertura Médica Militar |
| ¿Este niño cuenta con doctor o clínica médica de uso regular? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor _____ | Nombre del profesional médico _____ | | <input type="checkbox"/> No |
| ¿A este niño se le hizo un examen de bienestar infantil dentro de los pasados 12 meses? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fecha Desconocida | |
| ¿Este niño cuenta con seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Sí, ¿qué tipo? | <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne | <input type="checkbox"/> Seguro Privado | <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Cobertura Médica Militar <input type="checkbox"/> ABCD |
| ¿Este niño cuenta con dentista o clínica dental de uso regular? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí - <input type="checkbox"/> Sí- Nombre de la clínica/proveedor _____ | Nombre del profesional dental _____ | | <input type="checkbox"/> No |



Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

Información Sobre la Salud y el Desarrollo del Niño, continuación

¿A este niño se le hizo un examen dental dentro de los pasados 6 meses? Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): _____ No Fecha Desconocida

¿Su hijo ha sido diagnosticado por un Proveedor de Cuidado de la Salud con una o más afecciones de salud graves/crónicas; tales como asma, diabetes, convulsiones, afección cardíaca o alergias mortales? Sí – Por favor describa: _____ No

¿Cuál es el estado de vacunas de su hijo? Totalmente vacunado Exento Ni totalmente vacunado ni exento

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo? Sí – marque a continuación todas las que correspondan No

Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.) Afectado por drogas/alcohol

Audición Motricidad fina/ motricidad gruesa

Visión Salud mental – Describa: _____

Dolor/caries dentales/encías que sangran Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa: _____

¿Su hijo posee actualmente un Plan de Educación Individualizada (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)? Sí No

Sí, marque todas las categorías del IEP/IFSP e incluya una copia del mismo junto con su solicitud:

Autismo Discapacidad intelectual Discapacidad de aprendizaje específica

Sordo-ceguera Discapacidades múltiples Discapacidad del habla/lenguaje

Retraso en el desarrollo Discapacidad ortopédica Lesión cerebral traumática

Trastorno emocional Otra discapacidad de salud Discapacidad visual

Discapacidad auditiva

Fecha inicial del IEP: _____ Fecha final del IEP: _____ ¿Qué escuela emitió el IEP? _____

¿Existe una Escuela Preescolar de Educación Especial o un Programa Birth-to-Three disponible/accesible para usted? Sí No No lo sé

Si la respuesta es no, ¿sospecha que su hijo posee un retraso o una discapacidad de desarrollo? Sí No

Sí – Habla/lenguaje Conducta – Describa: _____ Otra – Describa: _____

Información Sobre la Familia

| | Padre/Madre/Tutor 1 | Padre/Tutor/Madre 2 |
|--|---|---|
| Nombre | | |
| Relación con el niño | <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/Tía de Acogida <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/Tía de Acogida <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) |
| Género | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | | |
| Dirección | | |
| Teléfono | _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo | _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| Teléfono Alternativo | _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo | _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo |
| Correo Electrónico | | |
| ¿Era usted menor de 18 años cuando nació su primer hijo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| ¿Necesita intérprete? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, ¿qué idioma(s) habla? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, ¿qué idioma(s) habla? _____ |

Información Sobre la Familia, continuación



Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

| | Padre/Tutor 1 | Padre/Tutor 2 |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el nivel académico más alto que obtuvo? | <input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, sin diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, sin diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno |
| ¿Cuenta actualmente con empleo? | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? _____ Nombre & # de teléfono del empleador _____ _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? _____ Nombre & # de teléfono del empleador _____ _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada |
| ¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando? | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? _____ Nombre de la Escuela & carrera/meta _____ _____ <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? _____ Nombre de la Escuela & carrera/meta _____ _____ <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: _____ _____ <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: _____ _____ <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está activo en el servicio militar de EE.UU? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es miembro de una unidad en la Guardia Nacional o en las Reservas Militares? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es veterano militar de EE.UU? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan: | | |
| <input type="checkbox"/> Previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es discapacitado <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño se encuentra actualmente/recientemente desplegado en una zona de combate <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental dentro del núcleo familiar/consejería, incluyendo depresión materna <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar (en el pasado o actualmente) | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de drogas/alcohol o abuso de sustancias dentro del núcleo familiar <input type="checkbox"/> La familia se encuentra socialmente aislada, con una falta de contacto con otros total o parcial | | |
| <input type="checkbox"/> Otros miembros del núcleo familiar no cuentan con seguro medico/dental <input type="checkbox"/> Otros miembros del núcleo familiar no cuentan con un hogar médico/dental | | |
| <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño tiene problemas de salud <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño tiene dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda | | |
| <input type="checkbox"/> Obtener o mantener un empleo <input type="checkbox"/> Preocupaciones legales <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los pasados 5 años) <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia acaba de fallecer | | |

Información Sobre la Familia, continuación



Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

El niño vive con:

- Uno de sus padres/tutores Sus dos padres/tutores en el mismo hogar
 Sus dos padres/tutores en dos hogares diferentes– ¿Uno de los dos hogares cuenta con la custodia legal principal?
 Sí - ¿cuál de los dos padres cuenta con la custodia principal (escriba el nombre)? _____
 No - ¿uno de los padres recibe pagos de manutención infantil de parte del otro hogar?
 Sí - ¿cuál de los dos padres recibe los pagos de manutención infantil (escriba el nombre)? _____
 No

¿Cuál es el **número total** de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo? _____

A continuación por favor enumere a las personas que viven en su hogar, no se incluya ni a usted ni a su hijo.

| Nombre (Nombre y Apellido) | Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | Relación con el niño | ¿Usted mantiene económicamente a esta persona? | ¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción? |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|---|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Usted, su hijo u otra persona que vive en su hogar, que esté relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción recibe estos tipos de Asistencia Pública? Marque todas las que correspondan:

- SSI por discapacidad – ¿Quién lo recibe? Niño Padre/Madre/Tutor/ Otro– Relación con el niño: _____
 Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Marque si también recibe lo siguiente: TANF solo para el niño WorkFirst Subsidio para Guardería de Working Connections

¿Cuál es su ingreso familiar **total aproximado** para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? _____

¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo? Sí No

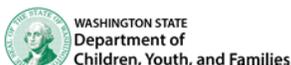
¿Cuál es la situación actual de su familia? **La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios que su hijo puede ser elegible para recibir.**

- Alquilan Dueños En un motel En un refugio En un carro, parque, sitio para acampar Vivienda de Transición o en una ubicación similar
 Moviéndose de lugar en lugar/ de sillón en sillón En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
 En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia: Otro – Por favor describa: _____
 - Por opción propia (ej. Con el fin de ahorrar dinero para planes futuros, para estar cerca de la familia)
 - Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar

¿Cómo se enteró de nuestro programa? Marque todas las que correspondan:

- Sitio en la red Evento comunitario Personal del sitio Agencia comunitaria/trabajador social (escriba el nombre): _____
 Medios de Comunicación Alguien le contó Padre anterior Otro – Por favor especifique: _____
 Volante

Padre/madre/tutor, por favor firme en la siguiente página.



Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia como lo requieren los Programas de la Educación Temprana. Si deliberadamente proporciono información falsa, comprendo que existe la posibilidad de que a mi familia no le sea posible continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, puede ser que tenga que reembolsar la cantidad de dinero gastada en él.

Comprendo que la información en esta solicitud se ingresa a varias bases de datos de la Educación Temprana, operadas por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF por sus siglas en inglés) y por Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos a proteger la información confidencial y personal que pudiera identificar a un niño o a una familia. No se ingresa ninguna información relacionada con el estado migratorio en las bases de datos, ni se comparte con las agencias estatales o federales. La información en las bases de datos puede ser utilizada para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si participar en la Educación Temprana ayuda a los niños más adelante en la vida.
- Con el fin de comprobar que el Estado de Washington gasta una cantidad de su propio dinero en programas para las familias, lo cual es un requisito para recibir dinero del programa de Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas del gobierno federal.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

| STAFF ONLY | | | |
|---|---|--|---------------|
| Child's Age: | Total Verified Family Size: | Total Verified Income: | Total Points: |
| Site Name/ID: | | Date received: | |
| Date staff reviewed application with family: | | Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites): | |
| EHS ONLY - Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | If yes, mother's name: _____ | |
| FOR HOMELESS FAMILIES - Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible: | | | |
| <input type="checkbox"/> Child care resources | <input type="checkbox"/> Immunization/medical records | <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF | |
| <input type="checkbox"/> Clothing resources | <input type="checkbox"/> Vision referral | <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources | |
| <input type="checkbox"/> School supplies | <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries | <input type="checkbox"/> School transportation (if site provides) | |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral | <input type="checkbox"/> Food resources | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral | <input type="checkbox"/> Birth certificate | _____ | |
| Staff Name & Signature: _____ | | Date: _____ | |

