

Información del niño			
Nombre del NIÑO		Apellido del NIÑO	
Nombre del padre / tutor		Apellido del PADRE / Tutor	
Persona de recogida alternativa		NIÑO Fecha de Nacimiento MM / DD / YYYY	
NIÑO Género <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> niña	Código postal	County <input type="checkbox"/> Jackson (MO) <input type="checkbox"/> Clay (MO) <input type="checkbox"/> Platte (MO) <input type="checkbox"/> Cass (MO) <input type="checkbox"/> Wyandotte (KS) <input type="checkbox"/> Johnson (KS)	
Email	teléfono de casa	teléfono móvil	
NIÑO vive con (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Padre Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra Pariente			
NIÑO Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Pacífico Nativo/Otra Isla Nativa <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra _____			

Información familiar			
¿Cuántos personas viven en el hogar?	ADULTOS (18+)	Niños 5-17 years	Niños menores 5 años
Fuentes de ingresos (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP/Food Stamps <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda subsidiada (Sección 8 o HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda sin subsidio (Asequible / Descuento)		
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Hay otros adultos en su hogar empleados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si, afirmativo, <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Pago mensual para llevar a casa \$ _____		Si, afirmativo, <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Pago mensual para llevar a casa \$ _____	
¿Cuál es su modo de transporte? <input type="checkbox"/> Vehículo personal <input type="checkbox"/> Viaje compartido <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Sin transporte			
Seguro de salud para PADRES <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro	Seguro de salud INFANTIL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro	¿Cómo te enteraste de HappyBottoms? <input type="checkbox"/> Agencia HappyBottoms <input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Sitio Web HappyBottoms <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Trabajador social/caso <input type="checkbox"/> Otra

Aceptación de los Términos de Servicio y Certificación	
<p><i>Al firmar esta solicitud, certifico que la información en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender lo siguiente:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> HappyBottoms requiere que esta agencia recopile datos para evitar la duplicación de servicios y para fines de escritura de subvenciones. Los datos SOLO serán utilizados por HappyBottoms y sus socios para estos fines. El programa HappyBottoms tiene un límite de tres años para recibir pañales a partir de la primera vez que mi hijo recibe pañales, y mi hijo ya no puede recibir pañales después de su cuarto cumpleaños, incluso si no ha alcanzado el límite de 3 años. Mi hijo solo puede recibir pull-ups / pantalones de entrenamiento 6 veces mientras está inscrito en el programa. Usaré estos pañales SOLAMENTE para el niño que figura en la solicitud, y NO PUEDO VENDER, COMERCIAR O DAR ALEJAR ESTOS PAÑALES Solo puedo recibir 50 pañales o 30 pantalones de entrenamiento por niño por mes de cualquier agencia HappyBottoms. Si recibo pañales de HappyBottoms debido a una emergencia a corto plazo, puedo recibir pañales de emergencia por hasta dos meses. Puedo seguir recibiendo pañales para mi hijo sujeto a los términos anteriores si recibo administración de casos u otros servicios de la agencia que me brinda pañales Si intento deliberadamente obtener más del límite mensual de pañales, trato de obtener pañales de más de una agencia HappyBottoms en un mes determinado, o violar cualquier otro término del programa mencionado anteriormente, mi hijo puede ser retirado del programa. 	
Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) _____	Relación con el niño _____
Firma del padre / tutor _____	Fecha _____

OFFICE USE ONLY Agency Name: _____		Staff Initials: _____	
Size Distributed	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T		
Size Ordered	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T		
Quantity <input type="checkbox"/> 50 (diapers) <input type="checkbox"/> 30 (pull ups) OTHER: _____	<input type="checkbox"/> One Time Distribution <input type="checkbox"/> Ongoing Distribution		