

Solicitud de Elegibilidad del Niño

Información del Niño

Nombre Legal del Niño _____
 (nombre) (primer apellido) (segundo apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ M ☐ F
 Raza: _____ Hispano/Latino ☐ Si ☐ No
 Idioma Materna: _____ Segunda Idioma: _____
 Dirección: _____ apartamento: _____
 Ciudad: _____ Estado: California Código Postal: _____
 Dirección Postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro de Salud: (Favor adjuntar una copia) ☐ No Asegurado ☐ Medi-Cal
☐ Beneficios de Salud Indígenas ☐ Seguro Privado: _____
 Fecha del último examen: _____ (Favor adjuntar Examen Físico)

Seguro Dental (Favor adjuntar una copia) ☐ No asegurado ☐ Medi-Cal ☐ Beneficios de Salud de Indígenas ☐ Seguro Privado: _____
 Nombre del Dentista: _____
 Fecha del último examen dental: _____ (Favor Adjuntar Examen Dental)

Condición médica Diagnosticada (Favor indique cualquier asunto medico diagnosticado o biológico que actualmente afecta su hijo)

☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Condición Cardíaca
☐ Eczema ☐ Incapacidad Visual ☐ Alergia de alimentos: _____

☐ Trastorno de convulsiones ☐ Lesión Traumático Cerebral ☐ Alergia a Piquete de Abeja
☐ Deficiencia auditiva ☐ Otro: _____

Requiere su hijo medicamento diario para asuntos médicos diagnosticados: ☐ Si ☐ No

Incapacidades Diagnosticadas (Favor adjunte documentación)

Fecha de último IEP/IFSP: _____

☐ Autismo ☐ Emocional/Comportamiento ☐ Tardanza del Habla
☐ Incapacidad Ortopédica ☐ Retraso de Desarrollo ☐ Otro _____

Información Padre/ Tutor

Nombre del Padre/Tutor: _____
 (nombre) (primer apellido) (segundo apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: ☐M☐F
 Relación con el niño: _____ Idioma Materna: _____
 Segunda Idioma: _____
 Raza: _____ Hispano/Latino ☐ Si ☐ No Embarazada: ☐ Si ☐ No
 Fecha de Parto: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: () _____ (Casa) () _____ (Trabajo) () _____ (Celular)

¿Está actualmente inscrito en escuela? ☐ Si ☐ No Nombre de escuela: _____
 Nivel más alto de educación:
☐ Primaria/Escuela elemental ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ GED
☐ Un poco de Universidad ☐ Título universitario: _____

Esta actualmente trabajando: ☐ Si ☐ No
☐ tiempo parcial ☐ tiempo completo ☐ temporal ☐ desempleados ☐ discapacitado

Fuentes de ingresos: ☐ sueldo ☐ TANF ☐ CalWORKs ☐ SSI

☐ desempleo ☐ discapacidad ☐ manutención de los hijos ☐ manutención del cónyuge
☐ militar activo ☐ anteriormente en TANF

Información Padre/Tutor Vive en la casa: ☐ Si ☐ No

Nombre del Padre/Tutor: _____
 (nombre) (primer apellido) (segundo apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: ☐M☐F Relación con el niño: _____
 Idioma Materna: _____ Segunda Idioma: _____
 Raza: _____ Hispano/Latino ☐ Si ☐ No Embarazada: ☐ Si ☐ No
 Fecha de Parto: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: () _____ (Casa) () _____ (Trabajo) () _____ (Celular)

¿Está actualmente inscrito en escuela? ☐ Si ☐ No Nombre de escuela: _____
 Nivel más alto de educación:
☐ Primaria/Escuela elemental ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ GED
☐ Un poco de Universidad ☐ Título universitario: _____

Esta actualmente trabajando: ☐ Si ☐ No

☐ tiempo parcial ☐ tiempo completo ☐ temporal ☐ desempleados ☐ discapacitado

Fuentes de ingresos: ☐ sueldo ☐ TANF ☐ CalWORKs ☐ SSI

☐ desempleo ☐ discapacidad ☐ manutención de los hijos ☐ manutención del cónyuge

☐ militar activo ☐ anteriormente en TANF

Situación Familiar

☐ familia con 2 padres ☐ familia con 1 padre ☐ familia con 1 padre con compañero ☐ familia adoptiva

☐ Designación oficial de tutor

Número de adultos en familia: _____ Número de niños en familia: _____

Escriba nombres completos y fechas de nacimiento de todos los hijos en su familia:

Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Género
1) _____	_____ ☐ M ☐ F	
2) _____	_____ ☐ M ☐ F	
3) _____	_____ ☐ M ☐ F	
4) _____	_____ ☐ M ☐ F	
5) _____	_____ ☐ M ☐ F	

Circunstancias Familiares

Ha sufrido su familia algo de lo siguiente en los últimos 12 meses:

☐ Los padres en tratamiento de drogas/alcohol ☐ Agencia de referencia: _____

☐ Padre o tutor esta deshabilitado

☐ Necesita transporte al centro

☐ Caso abierto con CPS

☐ Orden de restricción

☐ Violencia doméstica

☐ Abuso o negligencia infantil

☐ Padre/tutor está encarcelado

☐ Foothills and Truckee Healthy Babies

☐ Despliegue militar

☐ Otro: _____

¿Recibe su familia WIC? ☐ Si ☐ No ¿Recibe su familia CalFresh? ☐ Si ☐ No

Favor agregue cualquier otra preocupación que tenga de su hijo y/o familia:

¿Cuál idioma prefiere?

Hablado: ☐ Español ☐ Inglés Escrito: ☐ Español ☐ Inglés

Información de Residencia

- | | |
|--|--|
| ☐ Tiene vivienda permanente | ☐ Comparte temporalmente una casa con otras personas/Busca activamente una vivienda alternativa |
| ☐ Vive en un hotel/motel | ☐ No tienen vivienda estable durante la noche |
| ☐ Vive en un albergue | ☐ Vive en un coche, Parque, u otro lugar público |

Necesidades de Cuidado de Niño

¿Su hijo necesita cuidado tiempo completo? ☐ Si ☐ No

Empleo de PCAC

¿Es usted o un miembro de su familia empleado con nuestra agencia? ☐ Si ☐ No

¿Si es así, cual es la relación con usted? : _____

Record de Reclutamiento

¿Cómo oyó de nuestro programa? ☐ Evento:

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Sierra College TV Ad | ☐ Alguien vino a mi puerta | ☐ folleto | ☐ Pancarta |
| ☐ Padre en el pasado o presente | ☐ Otro: _____ | | |

Favor de anotar: Puede que se le requiera proveer documentos adicionales del proveedor de cuidado de salud y/o proveedor de educación especial antes de que asista su hijo al programa. Además, es posible que se necesite un plan médico antes de que su hijo empiece a asistir al centro. Se mantendrá confidencialidad en toda información entregada.

Certifico que la información que he proporcionado es correcta y bajo lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que debo proporcionar toda la documentación necesaria para que mi solicitud sea procesada. Entiendo que llenar esta solicitud no garantiza la inscripción.

Firma del Padre/Guardián

Fecha Firmada