



YMCA of the Central Bay Area
EARLY CHILDHOOD SERVICES
 2009 Tenth Street • Berkeley • CA • 94710
 (P) 510 848 9092 • (F) 510 848 0103
 (W) www.ymca-cba.org

APLICACION DE INSCRIPCION MADRES EMBARAZADAS

POR FAVOR USE TINTA NEGRA O AZUL Y ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE (CLARA)

A. INFORMACION DE LA MADRE EMBARAZADA				
Apellido:		Nombre:		
Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YY) / /	Fecha de Alumbramiento: (MM/DD/YY) / /	Situación de los Padres	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Dos Padres
Raza del Participante (Seleccione todos los que correspondan)				Etnicidad
<input type="checkbox"/> Americano (Indio o Nativo de Alaska)	<input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> No hispano	
Idiomas Hablados Principalmente en Casa:		¿Habla Ingles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Médico (Nombres de los doctores/hospitals y numero):		Dentista (Nombres de los doctores/hospitals y numero):		Seguro Médico <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno Seguro medico #: _____
Numero de Seguro Social:	Grado Escolar Alcanzado		Situación de Empleo	
	<input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Aldo de Universidad	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Universitario o Grado Más Avanzado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Incapacidad
			<input type="checkbox"/> Empleado y Estudiante	<input type="checkbox"/> Militar
				<input type="checkbox"/> Jubilado/retirado
Dirección de la Calle:		Apt #:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Hogar: () () ()	Teléfono Celular: () () ()	Otro Teléfono: () () ()	Correo Electrónico:	
¿Recibe ayuda en efectivo (TANF o CalWORKS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es sí adjunte la verificación (de los últimos 30 días)		¿Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es sí adjunte la verificación (de los últimos 30 días)		
¿Cómo Supo de Nuestro Programa? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otro/especifique: _____ ¿Quién lo refirió a nuestro programa? _____				

B. INFORMACION DE OTRO ADULTOS (N/A – SI ES PADRE/MADRE SOLTERO)				
Apellido:		Nombre:	Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YY) / /	Relación de Participante <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Otro/especifique: _____
Numero de Seguro Social:	Grado Escolar Alcanzado		Situación de Empleo	
	<input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Aldo de Universidad	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Universitario o Grado Más Avanzado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Incapacidad
			<input type="checkbox"/> Empleado y Estudiante	<input type="checkbox"/> Militar
				<input type="checkbox"/> Jubilado/retirado
Otros Adultos la Raza (Seleccione todos los que correspondan)				Etnicidad
<input type="checkbox"/> Americano (Indio o Nativo de Alaska)	<input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> No hispano	
Dirección de la Calle:		Apt #:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono del Hogar: () () ()	Teléfono Celular: () () ()	Otro Teléfono: () () ()	Correo Electrónico:	
¿Recibe ayuda en efectivo (TANF o CalWORKS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es sí adjunte la verificación (de los últimos 30 días)		¿Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es sí adjunte la verificación (de los últimos 30 días)		

C. INFORMACION FAMILIAR (escribir por atrás de la aplicacion, si necesita mas espacio)

INGRESO FAMILIAR – Incluya todas las fuentes de ingreso por cada adulto que viva en el hogar que proporcione ayunda financier al niño. Incluya todo salario/ganancia, auto-empleo, incapacidad, desempleo, compensación del trabajador, manutención del niño y pension alimenticia.

Nombre y Apellido Escriba el adulto principal primero	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Relación con el Niño	Fuente de Ingresos	Cantidad y Frecuencia del Pago (por horas, semanal, quincenal, etc.)

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (if applicable) – Incluye los miembros de la familia que son mantenidos económicamente por los padres/tutores del niño que solicita, y que tienen una relación consanguínea, por matrimonio, o adopción

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Relación con el Niño	Miembros de la Familia	Sexo
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

D. INFORMACION ADICIONAL

1. ¿Tiene Ud. Hermanos/familiares inscritos actualmente en nuestros programas de Early/Head Start?
 Sí (Centro(s): _____) No

2. ¿Tiene Ud. una preocupación/condición médica/de salud que requiera cuidado especial (i.e. asma, diabetes, alergias, etc.)?
 Yes (Especifique: _____) No

3. Situación de la vivienda (marcar todos que apliquen y adjunte la verificación):
 Vive en un albergue Vive en un carro/vehículo Vive con un amigo/pariente debido a dificultades económicas

4. ¿Es usted (y/o su pareja, en su caso) un padre/tutor con una discapacidad diagnosticada?
 Sí (Especifique y adjunte comprobante: _____) No

5. ¿Tiene su familia un caso active CPS (Servicios de Protección Infantil)?
 Sí (Especifique y adjunte comprobante: _____) No

6. Para poder determinar las prioridades de inscripción de su hijo, por favor proporcione documentación/pruebas de lo siguiente:
 Participa en Salud Infantil Negra Referencia de una Agencia de Salud Mental Abuso domestic/victim de violencia
 Padre encarcelado Otro (Especifique: _____)

7. ¿Qué tipo de transporte usa usted?
 Vehículo privado Vehículo de familiar/amigo Transporte público Camino

8. ¿Es usted un empleado del YMCA? Sí No Sí, sí posición: _____

9. ¿Está usted emparentado con un empleado del YMCA? Sí No Sí, sí nombre/puesto: _____

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es correcta y verdadera, a mi real saber y entender.

Padre/Tutor Firma: _____ **Fecha:** _____