



Solicitud para Servicios EHS/HS

Por favor, llene una solicitud para cada niño que esté aplicando para los servicios.

Información del padre/tutor legal:

Padre A:
 A. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido, Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Relación con el niño: _____
 Vive con el niño: Sí No

Padre B:
 B. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido, Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Relación con el niño: _____
 Vive con el niño: Sí No

Tamaño de la familia

¿Familia de padre soltero? Sí No ¿Familia de padre adolescente? Sí No

Número total de adultos y niños viviendo en el hogar, incluyendo bebés por nacer: _____

Niños en la familia -Por favor enliste todos los niños en el hogar:

Nombre del APLICANTE: _____ Fecha de nacimiento o de parto que le dieron: ____/____/____
 Sexo: Masculino Femenino No sé sabe
 ¿Tiene algún niño con necesidades especiales/discapacidad? Explique si contesta afirmativamente: _____

Otros niños en la vivienda:
 Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento o de parto que le dieron: ____/____/____
 Sexo: Masculino Femenino No se sabe

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento o de parto que le dieron: ____/____/____
 Sexo: Masculino Femenino No se sabe

PARA OFICINA SOLAMENTE

EHS HS Programa Madres Embarazadas Base hogar Transición

Información de los ingresos

Todos los ingresos deben ser del mes anterior. Por favor actualice su información cuando haya algún cambio poniéndose en contacto con nuestro departamento de inscripción.

	<u>Padre A</u>	<u>Padre B</u>
Salarios (ingreso mensual, antes de impuestos):	_____	_____
Ayuda económica en efectivo/TANF:	_____	_____
SSI/SSA:	_____	_____
Manutención/Pensión alimenticia	_____	_____
Desempleo:	_____	_____
Ayuda financiera:	_____	_____
Adopción temporal o Adopción subsidiada:	_____	_____
Otro:	_____	_____
Total (para uso interno solamente):	_____	_____

Necesidad de Cuidado

Usted no está obligado a tener una necesidad para calificar para el programa de HS/EHS (solamente).

<u>Padre A</u>		<u>Padre B</u>	
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estudiando/capacitándose?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estudiando/capacitándose?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Buscando empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Buscando empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Discapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Discapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Puntos para la lista de espera: Por favor adjunte comprobante por cada pregunta que conteste afirmativamente.

1. ¿Caso CPS activo? Sí (especifique y adjunte comprobante: _____) No
2. ¿Está usted viviendo en la calle o tiene un acuerdo de vivienda inestable? Sí No
3. ¿Adopción temporal del Estado? Sí No
4. ¿Algún niño inscrito actualmente en nuestro programa? Sí No
(nombre del niño: _____)
5. ¿Recibe dinero en efectivo o SSI/SSA? Sí No
6. ¿El niño que aplica tiene IEP/IFSP? Sí (especifique y adjunte comprobante: _____) No
7. ¿Abuso doméstico/víctima de violencia? Sí No
8. ¿Padre encarcelado? Sí No
9. ¿Participante de Salud Infantil Afroamericano? Sí No
10. ¿Padre diagnosticado con discapacidad? Sí (especifique y adjunte comprobante: _____)
 No
11. ¿Referencia de agencia de salud mental? Sí No
12. ¿Es usted un estudiante? Sí No
13. Otros factores de riesgo (especifique): _____

Información Adicional

1. ¿Participa usted en el programa WIC para Mujeres, Infantes y Niños? Sí No

2. ¿Qué tipo de medio de transporte usa? Vehículo privado Vehículo de pariente/amigo
 Transporte público Camino

3. ¿Es usted empleado del YMCA? Sí No \
 De contestar sí, ¿qué puesto tiene usted? _____

4. ¿Está usted relacionado con algún empleado del YMCA? Sí No
 De contestar sí, ¿qué puesto y nombre tiene?: _____

5. Etnicidad de su niño: _____

6. Lenguaje(s) principal que se habla(n) en el hogar: _____
 ¿Habla español su hijo? Sí No

7. Tipo de seguro médico de su niño: Medi-Cal Healthy Families Kaiser
 Otro: _____ Ninguno
 Número del seguro médico _____

8. Nombre del médico/proveedor de salud: _____ Ninguno
 Número de teléfono del médico: (____) _____

9. Nombre del dentista: _____ Ninguno
 Número de teléfono del dentista: (____) _____

10. ¿Cómo supo de nuestro programa?: Pariente Amigo Médico WIC
 Otro _____

11. Grado escolar más alto que terminó: Menos de preparatoria Graduado de preparatoria/GED
 Unos años de colegio/carrera técnica (de dos años)
 Licenciatura o Bachillerato o un título universitario más alto

Preferencia de centro/programa: Por favor, vea la página 2 para opciones de centros/programas

Opción 1	Opción 2	Opción 3
----------	----------	----------

Declaración Jurada del Solicitante

Yo declaro que la información contenida en la presente aplicación para los servicios del programa son verdaderos y correctos según mi real saber y entender. Declaro que yo no he hecho ninguna declaración falsa o engañosa, ni nadie lo ha hecho en mi representación. También entiendo que la aceptación de mi aplicación NO me GARANTIZA que vaya a recibir los servicios o plaza solicitados.

 Firma del padre/tutor legal

____/____/____
 Fecha