



Solicitante: Niño # 1 Nombre o denominación prenatal solicitante SA HS <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> mamá embarazada <input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento:							
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Sexo	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma	
<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente	
Nacidos prematuramente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nacido en _____ semanas		Diagnosticado condición de discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe: _____ En caso afirmativo, ¿Tiene el niño un IEP / IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjuntar diagnósticos)					

Solicitante: Niño # 2 Nombre HS <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/>							
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Sexo	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma	
<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente	
Nacidos prematuramente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nacido en _____ semanas		Diagnosticado condición de discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe: _____ En caso afirmativo, ¿Tiene el niño un IEP / IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjuntar diagnósticos)					

Adulto Primario (en el hogar)							
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Sexo	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma	
<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente	
Mayor grado completo	Mayor grado completo	Estado de Empleo	Estado de Empleo	Relación del niño	Custodia marque lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> El socio de licenciatura <input type="checkbox"/> Col grados / tren <input type="checkbox"/> Col o Adv tren <input type="checkbox"/> doctorado <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> <Grado 9 <input type="checkbox"/> SA Graduados <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y capacitación <input type="checkbox"/> Hora y Formación parte <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Jubilados o discapacitados	<input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Fomentar <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padres adolescentes		
Dirección de correo electrónico:							

Secundaria u otro adulto (en el hogar)							
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Género	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma	
<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente	
Mayor grado completo	Mayor grado completo	Estado de Empleo	Estado de Empleo	Relación del niño	Custodia marque lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> El socio de licenciatura <input type="checkbox"/> Col grados / tren <input type="checkbox"/> Col o Adv tren <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> <Grado 9 <input type="checkbox"/> SA Graduados <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y capacitación <input type="checkbox"/> Hora y Formación parte <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Jubilados o discapacitados	<input type="checkbox"/> Biológica/ <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Fomentar <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padres adolescentes Si el padre adolescente, subvencionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico:							

ACHR E/HS Application

Solicitante: Niño # 3 Nombre HS <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/>						
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Sexo
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma
<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico					
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial					
<input type="checkbox"/> Otro:						
Nacidos prematuramente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nacido en _____ semanas		Diagnosticado condición de discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe: _____ En caso afirmativo, ¿Tiene el niño un IEP / IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjuntar diagnósticos)				

Solicitante: Niño # 4 Nombre HS <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/>						
Nombre	Medio	Apellido	Sufijo	Apodo	Cumpleaños	Sexo
Raza		Hispano	Dominio del Inglés		Otro idioma	Otro Dominio del Idioma
<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente		Nombre del idioma / s habla en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Competente
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawai / Islas del Pacífico					
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial					
<input type="checkbox"/> Otro:						
Nacidos prematuramente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nacido en _____ semanas		Diagnosticado condición de discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe: _____ En caso afirmativo, ¿Tiene el niño un IEP / IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjuntar diagnósticos)				

Niño adicional (no solicitante) # 1						
Nombre	Medio	Apellido	Cumpleaños	Sexo	Raza	Hispano
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño adicional (no solicitante) # 2						
Nombre	Medio	Apellido	Cumpleaños	Sexo	Raza	Hispano
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño adicional (no solicitante) # 3						
Nombre	Medio	Apellido	Cumpleaños	Sexo	Raza	Hispano
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño adicional (no solicitante) # 4						
Nombre	Medio	Apellido	Cumpleaños	Sexo	Raza	Hispano
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



ACHR E/HS Application

Esta sección de la Agencia de uso exclusivo

Darden Edelman Rey

Nombre y fecha de nacimiento del solicitante / s (niño o madre embarazada) _____

Información familiar							
Dirección de familia							
			Código postal	Ciudad	Estado	Condado	
Familia Dirección de Correo							
Mismo que vivir?	Introducción Uso de Fecha	Dirección de envío	Dirección Línea 2	Código postal	Ciudad	Estado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Números de teléfono	Tipo (marque uno)	Nota(extensión o mejor hora para llamar)	En optar por mensajes de texto				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Estado parental (marque uno)	Idioma principal en el hogar	Casa Marque uno	DutyMilitary activa	Referido por Agencia de Bienestar Infantil	recibir SNAP	WIC	# En el hogar
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	___ # en la familia ___ # de los niños 0-3 años ___ # de edad # 3 -5 años			

Ingresos familiares						
El ingreso Verificado por	Fecha de Verificación	TANF Estado	SSI			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente en TANF / No ahora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Miembro de la familia	Cantidad	Per (por ejemplo: semana, mes, año)	Monto anual	Descripción (por ejemplo: SSI, empleo, manutención de menores)	Verificación (por ejemplo: W2, el talón de cheque)	Nota
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			

Notas de ingresos _____

Contacto adicional (en caso de que no pueda comunicarse con usted)						
Contacto 1	Nombre	Relación	Contacto de emergencia	Liberar a		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección		Código postal	Ciudad	Estado	
	Número de teléfono		Número de teléfono		Número de Teléfono 3	
Contacto 2		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
	Nombre	Relación	Contacto de emergencia	Liberar a		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección		Código postal	Ciudad	Estado	
	Número de teléfono		Número de teléfono		Número de Teléfono 3	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en programas de esta agencia puede ser terminada y que puede ser objeto de acciones legales. También entiendo que la información en esta aplicación se llevará a cabo en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible para mí durante el horario normal.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

OFICINA a usar más adelante:

Datos adjuntos: Acta de Nacimiento Ingresos Especificar (es decir, 1040 W2 (todo ello por año) _____

Otros datos adjuntos: Disparo Registro Tarjeta de seguro Forma dental Otros (lista de todos los demás) _____

CADH empleado aplicación receptora _____ Fecha: _____

CADH FSW / Inicio Visitante Recepción de la solicitud y la documentación de su cargo si es diferente del anterior _____ Fecha: _____

EHS HB Firma del Supervisor _____ Fecha: _____

Coordinador Firma _____ Fecha: _____

Notas de elegibilidad: