

## Aplicación de Elegibilidad del Niño

### Información del Niño

- ❖ Nombre Legal del Niño \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Medio) (Primer)
  - ❖ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (Favor adjunte documentación)
  - ❖ Genero:  Masculino  Femenino ❖ Etnicidad: \_\_\_\_\_
  - ❖ Idioma Materna: \_\_\_\_\_ ❖ Segunda Idioma: \_\_\_\_\_
  - ❖ Domicilio de Calle (incluyendo # apartamento): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: California Código Postal: \_\_\_\_\_
  - ❖ Domicilio de Correo (si diferente al de arriba): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
  - ❖ Seguro de Salud: (Favor adjuntar una copia)  No Asegurado  MediCal  Healthy Families: \_\_\_\_\_  
 Beneficios de Salud Indijena  Seguro Privado: \_\_\_\_\_
  - ❖ Nombre de Medico: \_\_\_\_\_
  - ❖ Fecha de Ultimo Examen: \_\_\_\_\_ (Favor adjuntar Examen Físico)
- 
- ❖ Seguro Dental (Favor adjuntar una copia)  No asegurado  MediCal  Healthy Families: \_\_\_\_\_  
 Beneficios de Salud de Indijena  Seguro Privado: \_\_\_\_\_
  - ❖ Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_
  - ❖ Fecha del Ultimo Examen Dental: \_\_\_\_\_ (Favor Adjuntar Examen Dental)

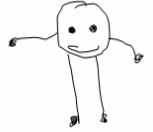
### ❖ Asuntos Medicos Diagnosticados (Favor indique cualquier asunto medico diagnosticado o biológico que actualmente afecta su hijo)

- Asma  Diabetes  Condición Cardíaca
- Eczema  Incapacidad Visual  Alergia Alimentosa: \_\_\_\_\_
- Desorden Ataque  Lesión Traumático Cerebral  Alergia a Piquete de Abeja
- Incapacidad Audio  Otro: \_\_\_\_\_

Requiere su hijo medicamento diariamente para asuntos médicos diagnosticados:  Si  No

### ❖ Incapacidades Diagnosticados (Favor adjunte documentación) Fecha de ultimo IEP/IFSP: \_\_\_\_\_

- Autismo  Emocional/Comportamiento  Tardanza del Habla
- Incapacidad Ortopédica  Tardanza de Desarrollo  Otro \_\_\_\_\_

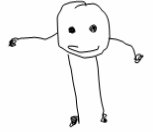


**Información Padre/ Guardián** (La persona que firma la aplicación debería de completar esta sección.)

- ❖ Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Medio) (Primer)
- ❖ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ❖ Genero:  Masculino  Femenino ❖ La Etnicidad: \_\_\_\_\_
- ❖ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ ❖ Embarazada:  Si  No Fecha de Plazo: \_\_\_\_\_
- ❖ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)
- ❖ Idioma Materna: \_\_\_\_\_ ❖ Segunda Idioma: \_\_\_\_\_
- ❖ Esta actualmente trabajando:  Parte Parcial  Tiempo Completo  Temporal  No empleado
- ❖ Esta actualmente inscrito en escuela:  Si  No ❖ Nombre de escuela: \_\_\_\_\_
- ❖ Fuente de Ingresos (Favor cheque todo que apliqué y adjunte documentación):  
 Sueldo  TANF/AFDC  CalWorks/CaLearn  Estampillas de Comida  Seguro Social  
 Desempleo  Bienes al Niño  Bienes al Cónyuge:  Incapacidad  Subsidio Adoptivo
- ❖ Se le paga  Semanal  Mensual  Dos veces por Mes  Cada 2 semanas  Otro: \_\_\_\_\_
- ❖ Año Escolar Terminado: \_\_\_\_\_ ❖ Título:  AA  BA  Maestría  Doctorado

**Otra Información Padre/Guardián**

- ❖ Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Medio) (Primer)
- ❖ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ❖ Genero:  Masculino  Femenino ❖ La Etnicidad: \_\_\_\_\_
- ❖ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ ❖ Embarazada:  Si  No Fecha de Plazo: \_\_\_\_\_
- ❖ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)
- ❖ Idioma Materna: \_\_\_\_\_ ❖ Segunda Idioma: \_\_\_\_\_
- ❖ Esta actualmente trabajando:  Parte Parcial  Tiempo Completo  Temporal  No empleado
- ❖ Esta actualmente inscrito en escuela:  Si  No ❖ Nombre de escuela: \_\_\_\_\_
- ❖ Fuente de Ingresos (Favor cheque todo que apliqué y adjunte documentación):  
 Sueldo  TANF/AFDC  CalWorks/CaLearn  Estampillas de Comida  Seguro Social  
 Desempleo  Bienes al Niño  Bienes al Cónyuge:  Incapacidad  Subsidio Adoptivo
- ❖ Se le paga  Semanal  Mensual  Dos veces por Mes  Cada 2 semanas  Otro: \_\_\_\_\_
- ❖ Año Escolar Terminado: \_\_\_\_\_ ❖ Título:  AA  BA  Maestría  Doctorado
- ❖ Vive en la Casa:  Si  No



## Situación Familiar

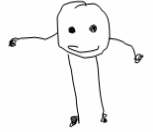
- Familia con 2 Padres  Familia con 1 Padre  Familia con 1 padre con Compañero  Familia Adoptiva  
 ❖ Numero de Adultos en Familia: \_\_\_\_\_ ❖ Numero de Niños en Familia: \_\_\_\_\_  
 ❖ Escriba nombres completos y fechas de nacimiento de todos los niños en la familia:

Nombre (Primer, Medio, Ultimo)	Fecha de Nacimiento	Genero
1) _____	_____	<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
2) _____	_____	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem.
3) _____	_____	<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
4) _____	_____	<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
5) _____	_____	<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.

## Circunstancias Familiar

- ❖ Ha sufrido su familia algo de lo siguiente en los últimos 12 meses:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso o Desprecio Infantil                  | <input type="checkbox"/> Muerte en la familia                             |
| <input type="checkbox"/> Divorcio                                    | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica                              |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o Drogas                   | <input type="checkbox"/> Padre o guardián encarcelado                     |
| <input type="checkbox"/> Recibió Apoyo de Enfermera de Salud Publico | <input type="checkbox"/> Recibió Servicios de Conserjería                 |
| <input type="checkbox"/> Esta incapacitado padre/guardián            | <input type="checkbox"/> Mandado a Militar                                |
| <input type="checkbox"/> Caso CPS Abierto                            | <input type="checkbox"/> Recibió Servicios de Centro de Recursos Familiar |
| <input type="checkbox"/> Orden de Restricción                        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                      |
- ❖ Recibe su familia WIC:  Si  No
- ❖ Favor agregue cualquier otra preocupación que tenga de su hijo y/o familia:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- ❖ ¿En que idioma prefiere comunicarse si tiene alguna pregunta acerca de la aplicación?
- ❖ Hablado:  Ingles  Español ❖ Escrito:  Ingles  Español



## Información de Residencia

- ❖ Su familia :  Dueño/Renta Casa  Temporalmente Comparte Hogar con otra Gente
- Vive en un Hotel/Motel  Vive en un Alberque
- Falta Vivienda de Noche  Vive en Carro, Parque, u otro Lugar Publico

## Necesidades de Cuidado de Niño

- ❖ Necesita su hijo cuidado tiempo completo:  Si  No
- ❖ Necesita su hijo cuidado año completo:  Si  No

## Transportación

- ❖ Como llegara/regresara su hijo a/de la escuela todos los días:  Carro  Caminar  Con Otros
- Transportación Público  Otro: \_\_\_\_\_
- ❖ Necesito recursos de transportación:  Si  No

## Empleo de PCAC

- ❖ Esta usted o un miembro de su familia inmediata empleado por PCAC:  Si  No
- ❖ Parentesco al niño: \_\_\_\_\_

## Record de Reclutamiento

- ❖ Como oyó de nuestro programa:  Evento Nombre de evento: \_\_\_\_\_
- Otra Agencia nombre de agencia: \_\_\_\_\_
- Sierra College TV Ad  Alguien Vino a Mi Puerta  Folleto  Banderilla
- Padre en el Pasado o Presente (Por Boca de Alguien)  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, pueda que se necesite ponerse de acuerdo sobre un plan especial por escrito antes de que asista su hijo al programa. Se mantendrá confidencial toda información entregada.

-----  
Certifico que la información que he proveído es correcta dentro de lo que caben mis conocimientos. Tengo que proveer toda documentación que se requiere para vida de que mi aplicación sea procesada. Entiendo que el completar esta aplicación no garantiza la inscripción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada