

### Formulario de Registración

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR #1					
Apellido:		Nombre:		Idioma materno:	
Domicilio:			Ciudad:		Código Postal:
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		Teléfono celular:	
¿Está recibiendo actualmente ayuda financiera? Si ___ No ___ Si la respuesta es <b>NO</b> ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? Si ___ No ___ Si la respuesta es <b>SI</b> , última fecha de pago ___ / ___ / ___					
Está el Padre/Tutor #1 actualmente:		<input type="checkbox"/> Trabajando (Nombre del empleador/Dirección) _____			
		<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela o en Capacitación Laboral (Nombre de la Escuela/Dirección) _____			
		<input type="checkbox"/> Médicamente inválido/Discapacitado			
		<input type="checkbox"/> Buscando trabajo			
		<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda			
		<input type="checkbox"/> Trabajador migrante			
<input type="checkbox"/> Buscando una experiencia preescolar de medio tiempo para el niño UNICAMENTE					
INGRESOS (Escriba el total en dólares, <u>antes</u> de los impuestos y las deducciones por cada fuente de ingreso)					
Ingreso Mensual	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente
	Sueldo, Salario o Ingresos de trabajo por cuenta propia		Pensión Alimenticia para cónyuge		Estampillas de Comida
	Beneficios del Seguro Social		Discapacidad Estatal		Beneficios por Desempleo
	Compensación del Trabajador		Pensión Alimenticia para hijos		Pensiones/Rentas Vitalicias
	Ingreso Suplementario Estatal		Subsidios por Adopción		Ayuda financiera (sólo niños)
	Otro		¿Si usted paga pensión alimenticia para hijo, cuánto es al mes?		
INFORMACION DEL PADRE/TUTOR #2					
Apellido:		Nombre:		Idioma materno:	
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		Teléfono celular:	
¿Está recibiendo actualmente ayuda financiera? Si ___ No ___ Si la respuesta es <b>NO</b> ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? Si ___ No ___ Si la respuesta es <b>SI</b> , última fecha de pago ___ / ___ / ___					
Está el Padre/Tutor #2 actualmente:		<input type="checkbox"/> Trabajando (Nombre del empleador/Dirección) _____			
		<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela o en Capacitación Laboral (Nombre de la Escuela/Dirección) _____			
		<input type="checkbox"/> Médicamente inválido/Discapacitado			
		<input type="checkbox"/> Buscando trabajo			
		<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda			
		<input type="checkbox"/> Trabajador migrante			
<input type="checkbox"/> Buscando una experiencia preescolar de medio tiempo para el niño UNICAMENTE					
INGRESOS (Escriba el total en dólares, <u>antes</u> de los impuestos y las deducciones por cada fuente de ingreso)					
Ingreso Mensual	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente
	Sueldo, Salario o Ingresos de trabajo por cuenta propia		Pensión Alimenticia para cónyuge		Estampillas de Comida
	Beneficios del Seguro Social		Discapacidad Estatal		Beneficios por Desempleo
	Compensación del Trabajador		Pensión Alimenticia para hijos		Pensiones/Rentas Vitalicias
	Ingreso Suplementario Estatal		Subsidios por Adopción		Ayuda financiera (sólo niños)
	Otro		¿Si usted paga pensión alimenticia para hijo, cuánto es al mes?		

**NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR** (Todos los niños en la familia menores de 18 años o menores de 22 años si son inválidos)

<b>#1. Nombre:</b>				<b>#2. Nombre:</b>			
Apellido:				Apellido:			
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Fecha de nacimiento:		Sexo:	
<b>COMPLETE ESTA SECCION, SI EL NIÑO SE ENCUENTRA BAJO SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR</b>				<b>COMPLETE ESTA SECCION, SI EL NIÑO SE ENCUENTRA BAJO SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR</b>			
Pagos por Custodia Tutelar	Nombre del Trabajador Social	Número de Teléfono	Número de Caso	Pagos por Custodia Tutelar	Nombre del Trabajador Social	Número de Teléfono	Número de Caso
¿Está en riesgo de abuso, negligencia o explotación? Sí ___ No ___ (Necesita tener un referido) Referido por _____		Enumere los hermanos que se encuentran en el mismo grupo familiar:		¿Está en riesgo de abuso, negligencia o explotación? Sí ___ No ___ (Necesita tener un referido) Referido por _____		Enumere los hermanos que se encuentran en el mismo grupo familiar:	
Relación de los padres con este niño: Biológica ___ Custodia ___ Tutela ___ Adoptiva ___ Otra ___				Relación de los padres con este niño: Biológica ___ Custodia ___ Tutela ___ Adoptiva ___ Otra ___			
<b>#3. Nombre:</b>				<b>#4. Nombre:</b>			
Apellido:				Apellido:			
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Fecha de nacimiento:		Sexo:	
<b>COMPLETE ESTA SECCION, SI EL NIÑO SE ENCUENTRA BAJO SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR</b>				<b>COMPLETE ESTA SECCION, SI EL NIÑO SE ENCUENTRA BAJO SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR</b>			
Pagos por Custodia Tutelar	Nombre del Trabajador Social	Número de Teléfono	Número de Caso	Pagos por Custodia Tutelar	Nombre del Trabajador Social	Número de Teléfono	Número de Caso
¿Está en riesgo de abuso, negligencia o explotación? Sí ___ No ___ (Necesita tener un referido) Referido por _____		Enumere los hermanos que se encuentran en el mismo grupo familiar:		¿Está en riesgo de abuso, negligencia o explotación? Sí ___ No ___ (Necesita tener un referido) Referido por _____		Enumere los hermanos que se encuentran en el mismo grupo familiar:	
Relación de los padres con este niño: Biológica ___ Custodia ___ Tutela ___ Adoptiva ___ Otra ___				Relación de los padres con este niño: Biológica ___ Custodia ___ Tutela ___ Adoptiva ___ Otra ___			

**NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MEDICAS**

<i>Marque todas las opciones que se aplican para cada niño enumerado arriba</i>	NIÑO #1	NIÑO #2	NIÑO #3	NIÑO #4
El niño tiene un Plan Individual para la Familia (IFSP) 0-3 años				
El niño tiene un Plan Individual de Educación (IEP) 3 años o más				
Recibe servicios a través del Centro Regional/Early Start				
Recibe servicios a través del distrito escolar local (educación especial)				
Retrasos del desarrollo (cognitivo, autismo, síndrome de Down, etc.)				
Retrasos del desarrollo (físico, motriz)				
Comportamiento o retrasos emocionales/sociales				
Discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.)				
Problemas de salud/médicos (asma, diabetes, otro _____)				
Problemas del Habla, Lenguaje, Comunicación				
Problemas de Visión/Audición				