CROSSROADS
Youth & Family Services, Inc.

Información del solicitante y miembro de la familia

Solicitante

Primero	Medio	Apellido	Cumpleaños	Género

Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio de Otro Idioma
☐ Asiático	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Sí	☐ Pequeño		☐ Pequeño
☐ Negro	☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico	☐ No	☐ Moderado		☐ Moderado
☐ Blanco	☐ Multirracial		☐ Ninguna		☐ Ninguna
☐ Otro: _____			☐ Competente		☐ Competente

Cobertura Primaria de Salud	Segura #	Elegibilidad de Medicaid	Medicaid #	Médico
		☐ No Elegible ☐ En Medicaid		

Cobertura Dental	Cobertura Dental #	Dentista

Padre/Guardián

Primero	Medio	Apellido	Cumpleaños	Género

Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio de Otro Idioma
☐ Asiático	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Sí	☐ Pequeño		☐ Pequeño
☐ Negro	☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico	☐ No	☐ Moderado		☐ Moderado
☐ Blanco	☐ Multirracial		☐ Ninguna		☐ Ninguna
☐ Otro: _____			☐ Competente		☐ Competente

Grando Más Alto Completado		Estado de Empleo	Relación de Niño	Custodia	Marque todo lo que Corresponda
☐ Alguna Educación	☐ < Grado 12	☐ Tiempo Completo/Capacitación	☐Biológico/Adoptado/Paso	☐ Sí	☐ Vive con la Familia
☐ Superior	☐ < Grado 9	☐ Medio Tiempo/Capacitación	☐ Nieto	☐ No	☐ Proporciona Apoyo Financiero
☐ Asociados	☐ Graduado	☐ Estacional	☐ Otro Pariente		☐ Padre Adolescente
☐ Maestros	☐ GED	☐ Desempleados	☐ Fomentar		
		☐ Jubilado o Diabled	☐ Otro		

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____ Optar por Mensajes de Texto ☐ Sí ☐ No

Secundaria u otra adulta

Primero	Medio	Apellido	Cumpleaños	Género

Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio de Otro Idioma
☐ Asiático	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Sí	☐ Pequeño		☐ Pequeño
☐ Negro	☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico	☐ No	☐ Moderado		☐ Moderado
☐ Blanco	☐ Multirracial		☐ Ninguna		☐ Ninguna
☐ Otro: _____			☐ Competente		☐ Competente

Highest Grade Completed		Employment Status	Child's Relationship	Custody	Check all that apply:
☐ Alguna Educación	☐ < Grado 12	☐ Tiempo Completo/Capacitación	☐Biológico/Adoptado/Paso	☐ Sí	☐ Vive con la Familia
☐ Superior	☐ < Grado 9	☐ Medio Tiempo/Capacitación	☐ Nieto	☐ No	☐ Proporciona Apoyo Financiero
☐ Asociados	☐ Graduato	☐ Estacional	☐ Otro Pariente		☐ Padre Adolescente
☐ Maestros	☐ GED	☐ Desempleados	☐ Fomentar		
		☐ Jubilado o Diabled	☐ Otro		

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono: ☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____ Optar por Mensajes de Texto ☐ Sí ☐ No

Niño adicional (no solicitante)

Primero	Medio	Ultimo	Sufijo	Cumpleaños	Génerorac

Race		Hispanic	English Proficiency	Other Language	Other Language Proficiency
☐ Asiático	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Sí	☐ Pequeño		☐ Pequeño
☐ Negro	☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico	☐ No	☐ Moderado		☐ Moderado
☐ Blanco	☐ Multirracial		☐ Ninguna		☐ Ninguna
☐ Otro: _____			☐ Competente		☐ Competente

CROSSROADS
Youth & Family Services, Inc.

Applicant Name: _____ Birthday _____

Información familiar, ingresos y contactos

Información Familiar

Domicilio Familiar

Comenzó a vivir en la fecha	Dirección	Códiogo Postal	Ciudad	Estado	Condado

Dirección Postal de la Familia

La misma donde vive?	Comenzó a Usar la Fecha	Dirección de Envio	Códiogo Postal	Ciudad	Estado
☐ Si ☐ No					

Estado Parental (*Marque Uno*)	Número en la Familia	Lengua Materna en Casa	Adquirido/Aprender otro Idioma Además del Inglés	Recibiendo TANF	Militar en Servicio Activo	Recibiendo SSI	Recibiendo SNAP	WIC
☐ Una ☐ Dos			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Contactos de Emergencia

	Nombre	Relación	Contacto de Emergencia	Liberar a
Contacto 1			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
	Número de Teléfono 1	Número de Teléfono 2	Número de Teléfono 3	
	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	
Contacto 2	Nombre	Relación	Contacto de Emergencia	Liberar a
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
	Número de Teléfono 1	Número de Teléfono 2	Número de Teléfono 3	
	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	
Contacto 3	Nombre	Relación	Contacto de Emergencia	Liberar a
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
	Número de Teléfono 1	Número de Teléfono 2	Número de Teléfono 3	
	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Celda ☐ Casa ☐ Trabajo	

Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede cancelarse y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de la agencia y que puedo acceder a ella durante el horario comercial normal.

☐ Autorizo a Crossroads Youth and Family Services Inc. a obtener el registro de vacunas de mi hijo de la base de datos estatal, OSIIS.

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Añadir más niños aquí.