

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico		
				<input type="checkbox"/> No es Elegible				
				<input type="checkbox"/> On Medicaid				
				<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				
Cobertura Dental		Número de Dental			Dentista/Hogar Dental			

Adulto Principal								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo			<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo			Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada			<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?	
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento	<input type="checkbox"/> Graduado de	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
avanzado	secundaria	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela						
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						
					Dirección de Email: _____			

Adulto Secundario								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo			<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo			Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada			<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?	
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento	<input type="checkbox"/> Graduado de	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
avanzado	secundaria	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela						
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado						
					Dirección de Email: _____			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Información de Familia & Ingreso



Información General							
Dirección de Residencia	Línea 2 de la dirección	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado		
Dirección Postal (si es diferente)	Línea 2 de la dirección	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado		
Número de Teléfono	Tipo (<i>Llene uno</i>)			Notas			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro						
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro						
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro						
Estado de Padre/Madre (<i>Llene uno</i>)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (sí aplicable)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Familia						
TANF			SSI			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (<i>por ejemplo: semana, , mes, año</i>)	Cantidad Annual	Descripción (<i>por ejemplo: SSI, Trabajo</i>)	Verificación (<i>por ejemplo: W2, Trozo de Cheque</i>)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						

Preferencia de ubicación	Sitio	Sala de clase
1 - Primero		
2 - Segundo		
3 - Tercero		

ELNC 2020-2021 Aplicación: Elegibilidad



Criterios de Elegibilidad para Pre escolar	
Necesidades Especiales	Marque todos los que apliquen
Niño diagnosticado con Necesidades Especiales (IEP activo, Evaluación de Diagnóstico)	
Referencia hecha por una Agencia de Servicios de Salud, Educativos o Sociales	
Alta Necesidad de Servicio Social	Marque todos los que apliquen
Referencia de Servicios de Protección al Niño, Servicios de Protección al Niño Involucrada Ahora/Pasado	
Padre/Tutor Encarcelado Ahora/Pasado	
Actualmente Experimentando Falta de Vivienda	
Niño Actualmente en Cuidado Temporal	
Circunstancias que Afectan a la Familia	Marque todos los que apliquen
El Idioma Primario del Hogar es Diferente a English	
High School o GED incompleto	
Residencia dentro de los vecindarios específicos de ELNC	
Graduado de Baby Scholar	
Circunstancias que Afectan a los Padres/Tutores	Marque todos los que apliquen
Madre Adolescente (Madre de 18 años o menos al momento del Nacimiento del niño)	
Cuidador primario no es el padre o la madre (Tutor / Pariente / Cuidado Temporal)	
Padre Soltero o Madre Soltera	
Estado de Empleo	Marque todos los que apliquen
Adulto Desempleado en la Familia	

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____