

Part I: Application

Child's Name Last (Apellido del Niño) First (Primer) Middle (Segundo)

Social Security # (# Seguro Social) **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento) / / **Age** (Edad) **Gender** (Sexo)

Mes / Día / Año

Address (Domicilio) **Street Address** (Número y Calle) **Apt. Fl. (Piso)**

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal) **Area Code & Home Phone** (Teléfono del Hogar /Código de área)

Race / Ethnicity (Raza / Grupo Étnico) **Child speaks fluent English?** (Habla inglés el niño?) **Child's Native Language** (Lenguaje Natal) **Family country of origin** (País natal de la familia)

Child has identified Disability (Tiene el niño alguna incapacidad identificada): No Yes (Si) **Type** (Tipo)

ONLY list immediate family residing with child
(SOLO indique los miembros de la familia imediata que residen con el niño/a)

Parents/Guardians (Nombre de Padres /Guardián)	Mother/Madre	Father/Padre	Guardian/Guardián
Name (Nombre)			
Social Security # (if Appli.) # Seguro Social (Si Aplica)			
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)			
Highest Level of Education: (Nivel mas alto de educación)			
English-speaking? (¿habla Inglés?)			
Native Language (Lenguaje Natal)			
Cell Phone incl. Area Code (Celular /Código de área)			
Occupational Status (Trabajo)			

List additional sibling residing with child (Indique hermanos que residen con el niño/a)

Full Name (Nombre Completo)	Social Security # (# Seguro Social)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Gender (Sexo)	Age (Edad)	Grade (Grado)	School (Escuela)

* If you need to add additional people please do so on another blank sheet and attach to this form*
(*Si necesita añadir mas personas por favor hágalo en una hoja separada y añada la hoja a este formulario*)

Is any member of the family pregnant? Yes__ No__ If yes. Who:_____ Due Date:_____

¿Algún miembro de la familia esta embarazada? Si__ No__ Si, quién:_____ Fecha del Parto:_____