

# Cont. Part I: Application

Child's Name Last (Apellido del Niño)

First (Primer)

Middle (Segundo)

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: \_\_\_\_\_

**Types of services family receives** (Tipo de servicios que la familia recibe).

<input type="checkbox"/> <b>Supplemental security income/ SSI</b> (Ingreso suplementario de seguridad)	<input type="checkbox"/> <b>Public housing assistance</b> (Subsidio de vivienda pública)
<input type="checkbox"/> <b>Child Support or Alimony</b> (Pagos de manutención para niños y divorciantes)	<input type="checkbox"/> <b>Home energy assistance</b> (Subsidio del programa de energía)
<input type="checkbox"/> <b>Unemployment insurance</b> (Seguro de desempleo)	<input type="checkbox"/> <b>WIC</b>
<input type="checkbox"/> <b>Public assistance/ TANF</b> (Asistencia pública/ bienestar)	<input type="checkbox"/> <b>Food stamps</b> (Cupones/ Estampillas de alimento)
<input type="checkbox"/> <b>Foster care/Adoption subsidy</b> Subsidio para el cuidado de crianza o la adopción de niños	
<input type="checkbox"/> <b>Medical financial assistance/ Medicaid /Medicare</b> (Subsidio Médico)	<input type="checkbox"/> <b>Private Medical Insurance/</b> (Seguro Médico Privado)

**Insurance Name** (Nombre del seguro Médico): \_\_\_\_\_

**I.D. number** (Numero de identificación): \_\_\_\_\_

**Family Currently Has Means of Transportation** (La Familia Actualmente dispone de Medio de Transporte):

<input type="checkbox"/> Private vehicle (Vehículo Propio)	<input type="checkbox"/> Friend's or relative's vehicle Vehículo de un amigo o	<input type="checkbox"/> Public transportation Trasporte público
---	---	---

**Housing Payment Arrangement** (Forma de Pago de la Vivienda):

<input type="checkbox"/> Own (Propia)	<input type="checkbox"/> Rent (Rentada)	<input type="checkbox"/> Receive subsidized housing Recibe subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Exchange services for housing Ofrece servicios a cambio de vivienda		<input type="checkbox"/> Make no payment for housing No hacen pagos por la vivienda

Please provide 2 emergency contacts (Por favor provea dos contactos de emergencia)

1 Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Telephone (Teléfono): \_\_\_\_\_

2 Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Telephone (Teléfono): \_\_\_\_\_

I certify that all of the information contained in this application is true under the penalties as prescribed by the laws of the State of New Jersey and the United States Government. (Certifico que la información contenida en esta aplicación es correcta bajo las penalidades establecidas en las leyes del Estado de NJ y los Estados Unidos)

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent / Guardian completing this registration form  
(Firma del Padre /Guardián llenando la aplicación)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

**AGENCY USE ONLY**

I certify that the information given to me on this application has been reviewed and when possible supported by documentation.

Referral Source: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Print Staff name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# 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)

Month / Day / Year  
Mes / Día / Año

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

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal)  Area Code &  Cell or  Home Phone

(Teléfono del  Hogar  Cell /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
<b>Name</b> (Nombre)			
<b>Social Security # (if Appli.)</b> # Seguro Social (Si Aplica)			
<b>Date of Birth</b> (Fecha de Nacimiento)			
<b>Highest Level of Education:</b> (Nivel mas alto de educación)			
<b>English-speaking?</b> (¿Habla Inglés?) <b>Native Language</b> (Lenguaje Natal)			
<b>Cell Phone incl. Area Code</b> (Celular /Código de área)			
<b>Email Address</b> (Correo Electronico)			
<b>Occupational Status</b> (Trabajo)	<input type="checkbox"/> Employed Full Time (Trabajo de tiempo completo) <input type="checkbox"/> Employed Part Time (Trabajo de tiempo parcial) <input type="checkbox"/> Active Military (Militar activo ) <input type="checkbox"/> Unemployed (Desempleado )	<input type="checkbox"/> Employed Full Time (Trabajo de tiempo completo) <input type="checkbox"/> Employed Part Time (Trabajo de tiempo parcial) <input type="checkbox"/> Active Military (Militar activo ) <input type="checkbox"/> Unemployed (Desempleado )	<input type="checkbox"/> Employed Full Time (Trabajo de tiempo completo) <input type="checkbox"/> Employed Part Time (Trabajo de tiempo parcial) <input type="checkbox"/> Active Military (Militar activo ) <input type="checkbox"/> Unemployed (Desempleado )

**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\*)