

Solicitante									
Información General									
Tipo de Solicitante		Nombre Requerido				Apellido Requerido			
☐ Niño ☐ Adultos									
Apodo		Cumpleaños Requerido		Género		ID Alternativo			
				☐ Hombre ☐ Mujer					
Raza PIR						Hispano/Latino PIR			
☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico ☐ Sin Especificar ☐ Otros: _____						☐ Sí ☐ No			
Dirección de la Familia									
Domicilio		Dirección Postal Igual a la de la Familia			Código Postal		Ciudad		
		☐ Sí ☐ No							
Estado	País	Dirección Personal persona		Sin Hogar		Notas sobre la dirección familiar:			
		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No					
Idiomas									
Lengua Principal		Otro Idioma				Otro Idioma			
Conocimientos de Inglés		Conocimientos de Otros Idiomas				Conocimientos de Otros idiomas			
☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente				☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente			
Información Adicional									
Todos los Comunicados Firmados		Fecha de Firma				El Niño Pasará a			
☐ Sí ☐ No									
Contacto en Caso de Emergencia (Individual)									
Nombre		Relación con el Solicitante				Tipo de Contacto			
		☐ Padres Adoptivos ☐ Familiar que no sea abuelo o abuela ☐ Abuelos ☐ Otros: _____ ☐ Padres				☐ Contacto de Emergencia ☐ Liberar a ☐ No Liberar a			
Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado			
Teléfono 1		Teléfono 1 Tipo		Teléfono 1 Notas:					
Teléfono 2		Teléfono 2 Tipo		Teléfono 2 Notas:					
Información Específica de la Agencia									

Solicitante									
Información General									
Tipo de Solicitante		Nombre Requerido				Apellido Requerido			
☐ Niño ☐ Adultos									
Apodo		Cumpleaños Requerido		Género		ID Alternativo			
				☐ Hombre ☐ Mujer					
Raza PIR						Hispano/Latino PIR			
☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico ☐ Sin Especificar ☐ Otros: _____						☐ Sí ☐ No			
Dirección de la Familia									
Domicilio		Dirección Postal Igual a la de la Familia				Código Postal		Ciudad	
		☐ Sí ☐ No							
Estado	País	Dirección Personal persona		Sin Hogar		Notas sobre la dirección familiar:			
		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No					
Idiomas									
Lengua Principal		Otro Idioma				Otro Idioma			
Conocimientos de Inglés		Conocimientos de Otros Idiomas				Conocimientos de Otros idiomas			
☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente				☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente			
Información Adicional									
Todos los Comunicados Firmados		Fecha de Firma				El Niño Pasará a			
☐ Sí ☐ No									
Contacto en Caso de Emergencia (Individual)									
Nombre		Relación con el Solicitante				Tipo de Contacto			
		☐ Padres Adoptivos ☐ Familiar que no sea abuelo o abuela ☐ Abuelos ☐ Otros: _____ ☐ Padres				☐ Contacto de Emergencia ☐ Liberar a ☐ No Liberar a			
Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado			
Teléfono 1		Teléfono 1 Tipo		Teléfono 1 Notas:					
Teléfono 2		Teléfono 2 Tipo		Teléfono 2 Notas:					
Información Específica de la Agencia									

Padres/Tutores			
Información General			
Estatus Adulto PIR		Nombre Requerido	
☐ Adulto Primario			
☐ Secundaria Adultos			
Cumpleaños Requerido		Relación con el Solicitante 1	
		☐ Sí	
		☐ No	
Relación con el Solicitante 2		Custodia del Solicitante 2	Género
		☐ Sí	☐ Hombre
		☐ No	☐ Mujer
Raza PIR			Hispano/Latino PIR
☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano			☐ Sí
☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico ☐ Sin Especificar ☐ Otros: _____			☐ No
Dirección de la Familia			
Editar la Dirección de Residencia de la Familia o la Dirección Postal de la Familia			
Idiomas			
Lengua Principal		Otro Idioma	
Dominio del Inglés		Otros Conocimientos Lingüísticos	
☐ Poco		☐ Poco	
☐ Moderado		☐ Moderado	
☐ Ninguno		☐ Ninguno	
☐ Competente		☐ Competente	
Números de Teléfono			
Tipo de Teléfono		Número de Teléfono con Extensión	Opt-in Primario para Textos
			☐ Sí
			☐ No
Información Específica de la Agencia			
Empleo			
Situación Laboral en el Momento de la Inscripción PIR		Situación Laboral Actual PIR	
☐ Tiempo completo y Entrenamiento	☐ Tiempo Completo	☐ Tiempo Completo y Entrenamiento	☐ Tiempo Completo
☐ Empleo Temporal	☐ Tiempo Parcial	☐ Empleo Temporal	☐ Tiempo Parcial
☐ Tiempo Parcial y Entrenamiento	☐ Jubilado o Discapacitado	☐ Tiempo parcial y Entrenamiento	☐ Jubilado o Discapacitado
☐ En Entrenamiento o en la Escuela	☐ Desempleado	☐ En Entrenamiento o en la Escuela	☐ Desempleado
Educación y Entrenamiento			
Grado más alto Completado PIR			
☐ Grado 9 o menos	☐ Título Universitario/Certificado de Formación	☐ Diplomatura	
☐ Grado 10	☐ Formación Universitaria o Superior	☐ Licenciatura	
☐ Grado 11	☐ Bachillerato	☐ Máster	
☐ Grado 12	☐ Diploma de Educación General		

Padres/Tutores				
Información General				
Estatus Adulto PIR		Nombre Requerido		Apellido Requerido
☐ Adulto Primario				
☐ Secundaria Adultos				
Cumpleaños Requerido		Relación con el Solicitante 1		Custodia del Solicitante 1
				☐ Sí
				☐ No
Relación con el Solicitante 2		Custodia del Solicitante 2	Género	ID alternativo
		☐ Sí	☐ Hombre	
		☐ No	☐ Mujer	
Raza PIR				Hispano/Latino PIR
☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano				☐ Sí
☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico ☐ Sin Especificar ☐ Otros: _____				☐ No
Dirección de la Familia				
Editar la Dirección de Residencia de la Familia o la Dirección Postal de la Familia				
Idiomas				
Lengua Principal		Otro Idioma		Otro Idioma
Dominio del Inglés		Otros Conocimientos Lingüísticos		Otros Conocimientos Lingüísticos
☐ Poco		☐ Poco		☐ Poco
☐ Moderado		☐ Moderado		☐ Moderado
☐ Ninguno		☐ Ninguno		☐ Ninguno
☐ Competente		☐ Competente		☐ Competente
Números de Teléfono				
Tipo de Teléfono	Número de Teléfono con Extensión	Opt-in Primario para Textos	Dirección de Correo Electrónico	
		☐ Sí		
		☐ No		
Información Específica de la Agencia				
Empleo				
Situación Laboral en el Momento de la Inscripción PIR			Situación Laboral Actual PIR	
☐ Tiempo completo y Entrenamiento	☐ Tiempo Completo	☐ Tiempo Completo y Entrenamiento	☐ Tiempo Completo	
☐ Empleo Temporal	☐ Tiempo Parcial	☐ Empleo Temporal	☐ Tiempo Parcial	
☐ Tiempo Parcial y Entrenamiento	☐ Jubilado o Discapacitado	☐ Tiempo parcial y Entrenamiento	☐ Jubilado o Discapacitado	
☐ En Entrenamiento o en la Escuela	☐ Desempleado	☐ En Entrenamiento o en la Escuela	☐ Desempleado	
Educación y Entrenamiento				
Grado más alto Completado PIR				
☐ Grado 9 o menos	☐ Título Universitario/Certificado de Formación	☐ Diplomatura		
☐ Grado 10	☐ Formación Universitaria o Superior	☐ Licenciatura		
☐ Grado 11	☐ Bachillerato	☐ Máster		
☐ Grado 12	☐ Diploma de Educación General			

Otros Miembros de la Familia		
Información General		
Adulto o Niño Requerido and PIR	Nombre Requerido	Apellido Requerido
☐ Adultos ☐ Niño		
Cumpleaños Requerido	Género	
	☐ Hombre ☐ Mujer	
Raza PIR		Hispano/Latino PIR
☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/Islands del Pacífico ☐ Sin Especificar ☐ Otros: _____		☐ Sí ☐ No
¿Qué relación tiene esta persona con los padres/tutores?		
Relación		Apoyo de
☐ Sangre, Matrimonio o Adopción ☐ Amigo ☐ Otros: _____ ☐ No Relacionado ☐ Novio/a		☐ Sí ☐ No

Información Adicional para los Solicitantes					
Añadir registro de participación para:					
Duración del Programa Requerido	Agencia Requerido			Estado Inicial Requerido	
Estado Inicio Requerido					
Preferencias de Ubicación					
Prioridad	Sitio	Clase		Finanzas	
Prioridad	Sitio	Clase		Finanzas	
Información sobre la Inscripción					
Inscripción					
Elegibilidad					
Fecha de Solicitud	Estado de la Solicitud	Año de Participación PIR	CACFP Estado	Elegibles para Participar	Tipo de Entrevista
				☐ Sí ☐ No	
Estado de Ingresos	Fecha de Elegibilidad	Número de Miembros de la Familia	Requisitos de Elegibilidad Ingresos	Documentación Usada	Documentación de Ausencia de Ingresos
Criterios de Selección					
Situación Parental		Discapacidad Diagnosticada		Factores de Riesgo	
Madre Embarazada		Volver		Ajuste	
☐ Sí ☐ No					
Salud					
Información sobre Salud					
Doctor			Dentista		
Cobertura Sanitaria PIR					
Cobertura Sanitaria Primaria en el Momento de la Inscripción PIR			Requisitos para Medicaid		Número de Medicaid
☐ Seguro Privado ☐ Medicaid Combinado ☐ CHIP ☐ Sin Seguro ☐ Otros: _____ ☐ Medicaid			☐ No elegible ☐ En Medicaid ☐ Posibles Candidatos		
Cobertura Dental			Número de Cobertura Dental		Número de Seguro
☐ Seguro Privado ☐ Medicaid Combinado ☐ CHIP ☐ Sin Seguro ☐ Otros: _____ ☐ Medicaid					
Vacunas					
Servicios Familiares					
Familia sin Hogar PIR		Remitido por la Agencia de Bienestar Social PIR		Servicio Militar - Servicio Activo en el Momento de la Inscripción PIR	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Asistencia Pública	TANF PIR	SSI PIR	WIC PIR	SNAP PIR	WIC ID
En la Inscripción	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
Al Final de la Inscripción	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

Información Adicional para los Solicitantes					
Añadir registro de participación para:					
Duración del Programa Requerido	Agencia Requerido			Estado Inicial Requerido	
Estado Inicio Requerido					
Preferencias de Ubicación					
Prioridad	Sitio		Clase	Finanzas	
Prioridad	Sitio		Clase	Finanzas	
Información sobre la Inscripción					
Inscripción					
Elegibilidad					
Fecha de Solicitud	Estado de la Solicitud	Año de Participación PIR	CACFP Estado	Elegibles para Participar	Tipo de Entrevista
				☐ Sí ☐ No	
Estado de Ingresos	Fecha de Elegibilidad	Número de Miembros de la Familia	Requisitos de Elegibilidad Ingresos	Documentación Usada	Documentación de Ausencia de Ingresos
Criterios de Selección					
Situación Parental		Discapacidad Diagnosticada		Factores de Riesgo	
Madre Embarazada		Volver		Ajuste	
☐ Sí ☐ No					
Salud					
Información sobre Salud					
Doctor			Dentista		
Cobertura Sanitaria PIR					
Cobertura Sanitaria Primaria en el Momento de la Inscripción PIR			Requisitos para Medicaid		Número de Medicaid
☐ Seguro Privado ☐ Medicaid Combinado ☐ CHIP ☐ Sin Seguro ☐ Otros: _____ ☐ Medicaid			☐ No elegible ☐ En Medicaid ☐ Posibles Candidatos		
Cobertura Dental			Número de Cobertura Dental		Número de Seguro
☐ Seguro Privado ☐ Medicaid Combinado ☐ CHIP ☐ Sin Seguro ☐ Otros: _____ ☐ Medicaid					
Vacunas					
Servicios Familiares					
Familia sin Hogar PIR		Remitido por la Agencia de Bienestar Social PIR		Servicio Militar - Servicio Activo en el Momento de la Inscripción PIR	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Asistencia Pública	TANF PIR	SSI PIR	WIC PIR	SNAP PIR	WIC ID
En la Inscripción	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
Al Final de la Inscripción	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

Información Sobre la Familia					
Composición Familiar					
Número de Miembros de la Familia		Situación Parental PIR		Número de Miembros del Hogar	
		☐ Familia de un Padre ☐ Familia de dos Padres			
Relación con el Participante(s) PIR					
☐ Padres Adoptivos ☐ Abuelos ☐ Padres ☐ Pariente distinto de los abuelos ☐ Otros: _____					
Ingresos Familiares					
Verificación Por	Fecha de Verificación	TANF Estado PIR	SSI PIR	SNAP PIR	WIC PIR
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Fuente de Ingresos Miembro de la Familia		Cantidad	Per	Verificación	Notas:
Idiomas					
Idioma Principal en Casa PIR			Si el idioma principal es el inglés, ¿está aprendiendo el solicitante un idioma además del inglés?		
			☐ Sí ☐ No		
Dirección Familiar					
Editar la Dirección de Residencia de la Familia o la Dirección Postal de la Familia					
Contactos de Emergencia (Familia)					
Nombre	Relación con la Familia		Tipo de Contacto		
			☐ Contacto en Caso de Emergencia ☐ Liberar a ☐ No Suelte a		
Número de Teléfono 1	Teléfono 1 Tipo	Teléfono 1 Notas:			
Número de Teléfono 2	Teléfono 2 Tipo	Teléfono 2 Notas:			
Dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	