

# APLICACION DE INSCRIPCION DEL PROGRAMA HVP

Nombre del Padre/Tutor Legal		Inicial		Apellido		Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor Legal (mm/dd/yyyy)	
Nivel de Educación		¿Empleado? N/A P/T F/T			¿Escuela/Entrenamiento? N/A P/T F/T		
Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Raza _____				Idioma Primario		Segundo Idioma	
1 Nombre del Niño		¿Latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento del Niño		Idioma Primario	
		Raza					
2 Nombre del Segundo Niño		¿Latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento del Niño		Idioma Primario	
		Raza					
Dirección de Residencia				Dirección de Envío (si diferente a la Dirección de Residencia)			
Ciudad		Estado CA		Código Postal		Ciudad	
						Estado	
						Código Postal	
Número de Teléfono Primario (incluyendo el código del área) Residencia <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>				Otro Teléfono (incluyendo el código del área) Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/>			
Total en la Familia _____		¿Se puede mandar mensaje a teléfono móvil? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se puede mandar correo electrónico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dirección de correo electrónico:	
Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar							
INFORMACION DE ELEGIBILIDAD							
Recibe la Familia: SSI Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marque si Aplica: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Otro			¿Tiene la Familia Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿La Familia recibe WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La Familia recibe CalFRESH (EBT)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Tiene el Niño Seguro Dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
PRENATAL INFORMATION							
<input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> Embarazada antes de la Inscripción		<input type="checkbox"/> Primer Embarazo		Fecha prevista para dar a luz:	
Su divulgación de esta información es estrictamente voluntaria.							
1. Tiene su niño una incapacidad? _____ (Si no, por favor vaya a la pregunta #6)							
2. Tipo de necesidad especial o incapacidad _____							
3. Ha sido la incapacidad profesionalmente diagnosticada? (¿Si si, en qué edad _____? ¿Por quién? _____)							
4. Tiene el niño un IFSP/IEP? _____							
5. Esta el niño recibiendo servicios especiales para la incapacidad? _____							
6. ¿En su opinión, tiene su niño una necesidad especial que todavía no ha sido diagnosticada? Si si, por favor explique:							
Firma de Solicitante: _____				Fecha: _____			
Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser finalizado. También comprendo que la información en esta aplicación se mantendrá de manera estrictamente confidencial y es accesible a mi durante el horario normal.							
COUNTY USE ONLY							
HVP Start Date		TAD Office:		C-IV ID:		ChildPlus Individual ID:	
						ChildPlus Family ID:	
Staff Signature:		Print Name			Date:		

