

JCCAC, Inc. Información de Familia

Las casillas sombreadas seran completadas por empleados de la agencia.

Nombre del Adulto Principal _____ Fecha de Nacimiento __ NSS _____

Dirección								
Dirección de Residencia								
Dirección de Residencia (Línea 2)								
Ciudad				Estado		Código Postal		Municipio
Dirección Postal (si es diferente)								
Dirección Postal (Línea 2)								
Ciudad				Estado		Código Postal		
Números de Teléfono								
Tipo	✓ si Primario	Número de Teléfono				Nota		
		()						
		()						
		()						
		()						
		()						
Códigos para el Tipo de Teléfono: H-Hogar W-Trabajo C-Celular M-Mensaje P-Bipper								
General								
Sitio Primario					Estado de Padre/Madre: Uno Dos			
Número en la Familia _____		Número de Niños(as) _____		Por edad: 0-3 _____ 4-5 _____		Número en el Hogar _____		
Ayuda Económica								
Estado de CACFP: Gratis Reducido Ninguno				Fecha de CACFP		Ingresos de CACFP		
Estado de TANF: Sí No		SSI: Sí No		WIC: Sí No		Código de WIC		
Ingresos de Familia								
Miembro de Familia	Fecha	Fuente de Ingreso	Cantidad	Por	Cantidad Anual	Tipo	Desc	Verificación
Códigos de Tipo		Códigos de Descripción			Códigos de Verificación			
ERN-Ganado		PEN-Pensión	SSI-SSI		CS-Talón de cheque		W2-W-2	
SUB-Subvencionado		SS-Seguro Social			EL-Carta del jefe		TAN-TANF	
Notas del Ingreso								

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 yo puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud sera guardada en estricta confidencia dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

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

Empleado Verificador _____ Fecha _____

Información de Miembro de Familia

Complete para cada miembro de familia que no este incluido en el Información del Solicitante



Nombre del Adulto Principal _____ Fecha de Nacimiento _____

Adulto Principal/Miembro de Familia 1				
General				
Miembro de Familia (circule uno): Adulto Niño(a)		Si es Adulto (circule uno): Adulto Principal Adulto Secundario Otro Adulto		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	NSS		Sexo: Masculino Femenino	
Complete si el Miembro de Familia es un(a) Niño(a)			Complete si el Miembro de Familia es un Adulto	
Nombre del Adulto	Relacion al Niño(a)	¿Custodia?	¿Vive con la Familia? Sí No	
		Sí No	¿Provee asistencia economica? Sí No	
		Sí No	Código de Nivel de Educación	Código de Estado de Empleo
¿Permisos Firmados? Sí No	Fecha de Firma		¿Padre/Madre Adolescente? Sí No	¿Subvencionado? Sí No
Notas				

Miembro de Familia 2				
General				
Miembro de Familia (circule uno): Adulto Niño(a)		Si es Adulto (circule uno): Adulto Principal Adulto Secundario Otro Adulto		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	NSS		Sexo: Masculino Femenino	
Complete si el Miembro de Familia es un(a) Niño(a)			Complete si el Miembro de Familia es un Adulto	
Nombre del Adulto	Relación al Niño(a)	¿Custodia?	¿Vive con la Familia? Sí No	
		Sí No	¿Provee Asistencia Económica? Sí No	
		Sí No	Código de Nivel de Educación	Código de Estado de Empleo
¿Permisos Firmados? Sí No	Fecha de Firma		¿Padre/Madre Adolescente? Sí No	¿Subvencionado? Sí No
Notas				

Miembro de Familia 3				
General				
Miembro de Familia (circule uno): Adulto Niño(a)		Si es Adulto (circule uno): Adulto Principal Adulto Secundario Otro Adulto		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	NSS		Sexo: Masculino Femenino	
Complete si el Miembro de Familia es un(a) Niño(a)			Complete si el Miembro de Familia es un Adulto	
Nombre del Adulto	Relacion al Niño(a)	¿Custodia?	¿Vive con la Familia? Sí No	
		Sí No	¿Provee Asistencia Económica? Sí No	
		Sí No	Código de Nivel de Educación	Código de Estado de Empleo
¿Permisos Firmados? Sí No	Fecha de Firma		¿Padre/Madre Adolescente? Sí No	¿Subvencionado? Sí No
Notas				

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 _____

Empleado Verificador _____ Fecha _____

Contactos



Nombre del Adulto Principal _____ Fecha de Nacimiento ____ NSS _____

Esta información es para: La Familia Entera La(s) siguiente(s) persona(s): _____

Contactos						
Contacto 1	Nombre		Tipo de Teléfono	Numero de Teléfono	Nota de Teléfono	Relación al Niño(a)
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		
Contacto 2	Nombre		Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Nota de Teléfono	
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		
Contacto 3	Nombre		Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Nota de Teléfono	
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		
Contacto 4	Nombre		Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Nota de Teléfono	
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		
Contacto 5	Nombre		Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Nota de Teléfono	
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		
Contacto 6	Nombre		Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Nota de Teléfono	
	Dirección			()		¿Contacto de Emergencia? Sí No
	Dirección (Línea 2)			()		
	Ciudad			()		¿Ceder Niño(a)? Sí No
	Estado	Código Postal		()		

Codigos para Tipo de Teléfono: H-Hogar W-Trabajo G-Celular M-Mensaje P-Bipper

Doctor/Dentista

Nombre del Doctor	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ()
Nombre del Dentista	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ()

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 _____

Empleado Verificador _____ Fecha _____

Información del Solicitante

Complete para individuos que están solicitando a un programa.



Nombre del Adulto Principal _____

Fecha de Nacimiento _____

General

Miembro es (circule uno): Adulto Niño(a)		Si es Adulto (circule uno): Adulto Principal Adulto Secundario Otro Adulto		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social		Sexo: Masculino Femenino

Complete si el Miembro de Familia es Niño(a)			Complete si el Miembro de Familia es Adulto	
Nombre del Adulto	Relacion al Niño(a)	¿Custodia?	¿Vive con la Familia? Sí No	
		Sí No	¿Provee Ayuda Económica? Sí No	
		Sí No	Código de Nivel de Educación	Código de Estado de Empleo
¿Permisos Firmados? Sí No	Fecha de Firma		¿Padre/Madre Adolescente? Sí No	¿Subvencionado? Sí No

Dirección/Teléfono

Complete SOLAMENTE si diferente a la Familia

Dirección de Residencia				Dirección Postal		
Dirección de Residencia (Línea 2)				Dirección Postal (Línea 2)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	Ciudad	Estado	Código Postal
Tipo de Teléfono	✓ si es Primario	Número de Teléfono	Nota del Teléfono	<i>Nota: Complete la dirección de "Email" y la Escuela Elementaria para TODOS los individuos aplicables.</i>		
		()		"Email"		
		()		Escuela Elementaria		

Seguro Médico

Elegibilidad de Medicaid: Elegible No Potencialmente Anteriormente	Número de Medicaid
Otro Seguro Primario	Número de Seguro
Otro Seguro	

Demográfico

Raza (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Indígena(a) de América <input type="checkbox"/> Isleño(a) Pacífico(a) <input type="checkbox"/> Otro(a): _____	Lenguaje	✓ si es Primario	Habilidad	Nacionalidad
	Inglés			
				Etnicidad

Códigos

Relación al niño/a	Nivel de Educación	Estado de Empleo	Tipo de Teléfono	Habilidad de Lenguaje
C-Natural/Adoptado(a)/Padrastra/Madrastra G-Abuelo(a) N-Sobrino(a) F-Acogido(a) O-Otro	COL-Universidad/Entrenamiento Avanzado G9-Grado 9 o menos CTG-Diploma de Colegio/Certificado de Entrenamiento G10-Grado 10 HSG-Graduado de Escuela Secundaria G11-Grado 11 GED-Diploma de Educación General G12-Grado 12	F-Tiempo Completo (35+hrs/wk) B-Tiempo Completo y Entrenando P-Tiempo Parcial L-Tiempo Parcial y Entrenando R-Relirado(a) o Incapacitado(a) S-Empleado(a) Temporal T-Entrenamiento o Escuela U-Desempleado(a)	H-Hogar W-Trabajo C-Celular M-Mensaje P-Bipper	0-Ninguna 1-Pobre 2-Moderada 3-Competente

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 _____

Empleado Verificador _____ Fecha _____