

. IMPRIMA y luego envíe por correo la solicitud completada a nuestro apartado postal. Llamaremos

Si tiene alguna pregunta al completar la solicitud, o después de enviarnosla por correo, llame y solicite hablar con la directora del programa. 717.396.9130



APLICACIÓN DE INSCRIPCIÓN  
P.O Box 787 ~ 415 S. Queen Street  
Lancaster, PA 17608-0787  
Oficina (717) 396-9130

This application is available in Spanish and English. Please call 717-396-9130 for details.

EL DÍA DE HOY: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ESTADO MARÍTIMO (CÍRCULO UNO) SOLTERO DIVORCIADO SEPARADO OTRO  
*POR FAVOR EXPLIQUE OTRO:* \_\_\_\_\_

ARREGLOS VIVOS (CÍRCULO UNO) YO PADRES FAMILIARES OTRO  
*POR FAVOR EXPLIQUE OTRO:* \_\_\_\_\_

ENUMERE A LOS MIEMBROS EN SU HOGAR Y SU RELACIÓN CON USTED

NOMBRE	RELACIÓN	NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MEDIOS DE APOYO FINANCIERO POR MES: \_\_\_\_\_ ¿RECIBES WIC? \_\_\_\_\_

PADRES \$ \_\_\_\_\_ SNAP / ASISTENCIA \$ \_\_\_\_\_ MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS \$ \_\_\_\_\_

EMPLEO \$ \_\_\_\_\_ OTRO \$ \_\_\_\_\_

TÍTULO PROFESIONAL \_\_\_\_\_ *POR FAVOR EXPLIQUE OTRO:* \_\_\_\_\_

MEDIOS DE TRANSPORTE \_\_\_\_\_

¿MANEJAS? \_\_\_\_\_ SI ES ASÍ, ¿TIENE UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA? \_\_\_\_\_

¿CÓMO APRENDÍ DE LA CASA DE MAMÁ? \_\_\_\_\_

PLANES EDUCATIVOS: \_\_\_\_\_

¿DÓNDE ESTÁS ACTUALMENTE ASISTIENDO A LA ESCUELA? \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

SI NO ESTÁ ASISTIENDO ACTUALMENTE A LA ESCUELA, ¿DÓNDE PLANEAS INSCRIBIRSE / ASISTIR? \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO PARA LAS CLASES: \_\_\_\_\_ FECHA DE GRADUACIÓN ESPERADA: \_\_\_\_\_

DESPUÉS DE COMPLETAR TU ESCUELA, ¿QUÉ TIPO DE TRABAJO TE GUSTARÍA? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL OTRO PADRE? \_\_\_\_\_

. IMPRIMA y luego envíe por correo la solicitud completada a nuestro apartado postal. Llamaremos

DÍGANOS CUÁLES SON SUS METAS (PARA USTED Y SU FAMILIA) EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS:

NOMBRES DE SUS HIJOS A LOS QUE ESTÁ SOLICITANDO CUIDADO DE NIÑOS:

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

LISTE A TODOS LOS DEMÁS NIÑOS EN TU CUSTODIA:

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

¿SE HA ORDENADO CULPABLE, SIN CONCURSO O CONDENADO POR UN DELITO? \_\_\_\_\_  
SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE \_\_\_\_\_

La siguiente información es necesaria para un informe anual con la Mancomunidad de Pensilvania para cumplir con las leyes antidiscriminatorias. No es necesario que complete esto.

SU RAZA \_\_\_\_\_ TU ETNICIDAD: (CIRCULA UNO) HISPANO NO HISPANO  
LA RAZA DEL NIÑO \_\_\_\_\_ ETNICIDAD DEL NIÑO: (CIRCULA UNO) HISPANO NO HISPANO  
LA RAZA DEL NIÑO \_\_\_\_\_ ETNICIDAD DEL NIÑO: (CIRCULA UNO) HISPANO NO HISPANO  
LA RAZA DEL NIÑO \_\_\_\_\_ ETNICIDAD DEL NIÑO: (CIRCULA UNO) HISPANO NO HISPANO  
LA RAZA DEL NIÑO \_\_\_\_\_ ETNICIDAD DEL NIÑO (CIRCULA UNO) HISPANO NO HISPANO

La póliza de la casa de mamá no es discriminar por motivos de raza, color, origen nacional o étnico, opinión o afiliación política o religiosa, edad, sexo o condición de minusvalía en la contratación o admisión de clientes, y en la contratación de personal.

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Certifico que las respuestas y la información brindadas en este documento son verdaderas, correctas y completas. Entiendo que la información falsa o engañosa que figura en mi solicitud o entrevista (s) puede dar lugar a la terminación, independientemente de cuándo se descubra que la información es falsa o engañosa.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso \_\_\_\_\_  
Fecha  
  
\_\_\_\_\_  
Firma

**USO DE OFICINA SOLAMENTE:**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Contactado por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Entrevista programada: fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ ¿Con? \_\_\_\_\_

Estado:  Fecha de inicio de la inscripción: \_\_\_\_\_  
 Lista de espera, seguimiento programado con el solicitante: \_\_\_\_\_  
(Si el solicitante no responde al contacto inicial o al seguimiento dentro de los 90 días, el estado de esta aplicación está CERRADO).  
 Aplicación CERRADA, razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_