



Gracias por su interés en el programa de Durham Early Head Start. Por favor complete la solicitud en su totalidad. La información y sus respuestas permanecerán confidencial y no serán compartidas sin su autorización previa, también serán usadas para guiar el proceso de selección. Cuando su solicitud sea revisada y se determine que su hijo(a) es elegible; será procesada y el nombre de su niño(a) será añadido a la lista de espera.

Debemos recibir todos los siguientes artículos para procesar la solicitud de su niño(a)

- LA SOLICITUD COMPLETADA Y FIRMADA** - (firma y fecha requerida)
- COMPROBANTE DE TODO LOS INGRESOS RECIBIDOS** - (talón de ingresos (un mes), formulario de impuestos, documentación de pensión alimenticia, Ingresos de desempleo, Becas o subsidios, carta del empleador, Programa/horario de la escuela secundaria. Si alguien en el hogar recibe; SSI/SSA/Work First/TANF, debe presentar un estado de cuenta mostrando la cantidad mensual que recibe.)
- COMPROBANTE DE FECHA DE NACIMIENTO** – Nombre del niño(a) completo y fecha de nacimiento (acta de nacimiento, tarjeta de Medicaid, etc.)
- COMPROBANTE DE RESIDENCIA DE DURHAM** – (copia de uno de los siguientes documentos con el nombre del padre y la dirección **actual** (energía eléctrica, agua, calefacción, estado de impuestos, contrato de vivienda, escrituras de propiedad, pasaporte o I.D. Si usted vive con alguien, esa persona debe proveer una declaración escrita certificando que usted reside ellos, y debe presentar unos de los documentos mencionado anteriormente a su nombre.)

***SI SU HIJO(A) TIENE UN IFSP, FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA CON SU SOLICITUD SI ESTAR DISPONIBLE.***

**Para preguntas o ayuda completando esta solicitud, favor de llamar a las oficinas de Durham Early Head Start al (919) 439-7107  
Visítenos en la página web: [www. chtop.org](http://www. chtop.org)**



**Durham Early Head Start**

En adición a considerar nuestro ya establecido criterio de selección, este programa retiene el derecho de determinar el impacto de ciertos factores (i.e. estatus de subsidio, colocación de parientes, necesidad de salón de clases/casos, y la asociación con centros en la comunidad) durante el proceso de selección.

**\*Solicitudes incompletas NO SERAN procesadas\***

**Favor enviar por correo o traer su solicitud y todos los documentos requeridos a:**

**1201 S. Briggs Avenue, Suite 110, Durham, NC 27703**

**También los puede faxear a: 866-839-1642**

**RECORDATORIO: Durham Early Head Start no provee transportación a los centros (Tenemos pases de autobús disponibles)**



## Hoja de Información 2017

*Early Head Start es un programa completo de desarrollo infantil y de apoyo familiar para familias de bajos recursos con niños desde nacimiento hasta la edad de tres años y para las familias que están esperando bebe.*

### EHS ofrece:

- **Servicios-En-Hogar-** Servicios para padres e hijos enfocados en el desarrollo infantil y educación de la crianza de niños que incluyen; visitas semanales por 90 minutos y grupos interactivos bisemanales entre padres e hijos.
- **Servicios-En-Centros-** Servicios diurnos por todo el año de cuidado de niños menores de 3 años con enfoque en la preparación escolar en unos de nuestros centros asociados en Durham.

### Requisitos

- Debe residir en el condado de Durham
- La familia debe estar dentro las directrices de ingreso (vea la gráfica a la derecha), recibe SSI o Work First, se encuentra sin hogar, o el niño está en cuidado temporal. Los niños con discapacidades documentadas (IEP/IFSP) pueden ser considerados sin importar los ingresos.
- El niño es menor de 3 años o la familia está esperando bebe.

2017 Directrices Federales de pobreza		
Tamaño de Familia	Ingreso Anual de la familia a un 100%	Ingreso Anual de la Familia a un 125%
1	\$12,060	\$15,075
2	\$16,240	\$20,300
3	\$20,420	\$25,525
4	\$24,600	\$30,750
5	\$28,780	\$35,975
6	\$32,960	\$41,200
7	\$37,140	\$46,425
8	\$41,320	\$51,650
Por cada persona adicional, añade \$4,180		

**Cuando uno de los espacios en cualquiera de los 5 centros se hagan disponibles de acuerdo a la edad de su niño(a), escogeremos de la lista de espera, y de ser su hijo(a) seleccionado, el personal de DEHS se comunicara con usted. Por favor asegúrese de que su información de contacto permanezca actual.**

**Siéntase en libertad de llamar y verificar el estatus de su solicitud en cualquier momento después de dos semanas.**

**Contáctenos si su dirección, número de teléfono, ingreso o cualquier otra información cambia ya que si su hijo(a) es seleccionado, vamos a utilizar la información que tenemos en el archivo.**

**Si su hijo no es seleccionado para el año escolar por el cual solicito, le enviaremos una carta la próxima primavera para que vuelva a solicitar para el próximo año escolar.**

## INFORMACION SOBLRE EL NIÑO(A)

\_\_\_\_\_     /    /     o     /    /      Niño por Nacer  
NOMBRE DEL NIÑO(A) APLICANTE/MADRE EMBARAZADA Fecha de Nacimiento Fecha de Parto  Masculino  
 Femenina

\_\_\_\_\_

DIRECCION

\_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO

\_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL (De no ser la misma)

¿Cuál es la raza del niño(a)? (Marque Uno):

- Indio Americano o Alaska Nativo  Asiático  Negro/Africano-Americano  Blanco  Hawaiano Nativo o Isleño Pacifico  
 Bi racial/Multirracial  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es la etnicidad del niño(a)? (Marque Uno):  Latino o de Origen Hispano  No es Latino o de Origen Hispano

¿Quién está criando al niño(a)?

- Padres/Guardianes (casados)  Padres/Guardianes no son casados (En unión libre)  
 Soltero(a)/Viudo(a)/separado(a) o divorciado(a) (solo uno de los padres está involucrado en la crianza del menor)  
 Divorciado o Separado (ambos padres están involucrados en la crianza del menor)  
 Padres/Guardianes de acogida (Foster)  Abuelos(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Cobertura de seguro de salud del niño(a):  Medicaid  Health Choice  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Lugar donde el niño(a) recibe cuidado médico/vacunas \_\_\_\_\_

Lugar donde el niño(a) recibe cuidado dental \_\_\_\_\_

Lugar donde lleva el niño(a) cuando se enferma \_\_\_\_\_

## INFORMACION ADICIONAL PARA APLICANTES PRENATALES

¿Cuál es la fecha de su parto? \_\_\_\_\_

Nombre del lugar donde recibe cuidado prenatal \_\_\_\_\_

Fecha del primer día de su cuidado prenatal \_\_\_\_\_

¿Es su embarazo de alto riesgo? \_\_\_\_\_

¿Le ha recomendado su doctor Descanso durante este embarazo? \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita al dentista \_\_\_\_\_

Servicios-En-Centros

Servicios-En-Hogar

IMPORTANTE: Le recomendamos que entregue una copia del último examen físico del menor. Requerimos una copia del más reciente examen físico de todos los niños(a) antes de poder comenzar los servicios de cuidado. Favor de comunicarse con nosotros al 919-439-7107 si usted requiere de ayuda para obtener estos documentos.

## INFORMACION DE PADRES Y FAMILIA

	Padre /Guardián Primario	Padre /Guardián Secundario
Nombre de los Padres/Guardianes:		
Fecha de Nacimiento:		
Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco con el Menor	<input type="checkbox"/> Padre Biológico/Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Acogida (Foster) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro Pariente (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Sin parentesco (Explique): _____	<input type="checkbox"/> Padre Biológico/Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Acogida (Foster) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro Pariente (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Sin parentesco (Explique): _____
Dirección:		
Dirección Postal: (Si es diferente):		
Información de Contacto:	_____ <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trab <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trab <input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trab <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trab <input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Me gustaría recibir mensajes de texto con información sobre el programa	<input type="checkbox"/> Me gustaría recibir mensajes de texto con información sobre el programa
Correo Electrónico:		
Servicio Militar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado/Liberado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado/Liberado
Raza:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi racial/Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi racial/Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino
<b>Idioma primario del hogar:</b>		
Habla, Escritura y Lectura en Ingles	¿Qué tan bien habla usted el Inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Casi Nada o Nada ¿Qué tan bien escribe y lee el Inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Casi Nada o Nada	¿Qué tan bien habla usted el Inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Casi Nada o Nada ¿Qué tan bien escribe y lee el Inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Casi Nada o Nada
¿Cuál es su situación de empleo? (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+hrs) <input type="checkbox"/> Mitad de Tiempo (29hrs o menos) <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (explique): _____ <input type="checkbox"/> No puede trabajar por una discapacidad <input type="checkbox"/> Ama de Casa    Desempleado o Retirado <input type="checkbox"/> Entrenamiento para empleo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Estudiante a mitad de tiempo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Otro: (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+hrs) <input type="checkbox"/> Mitad de Tiempo (29hrs o menos) <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (explique): _____ <input type="checkbox"/> No puede trabajar por una discapacidad <input type="checkbox"/> Ama de Casa    Desempleado o Retirado <input type="checkbox"/> Entrenamiento para empleo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Estudiante a mitad de tiempo (Donde): _____ <input type="checkbox"/> Otro: (Especifique): _____
Ultimo grado que completo: (Circule uno)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad? 1 2 3 4 5+	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad? 1 2 3 4 5+
Título más alto Recibido	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno

## Información y Composición de Familia

¿Está la madre/guardián primario embarazada?  Sí  No Fecha de Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Incluyendo a todos los que viven con el niño(a): ¿Cuántas personas residen en el hogar? \_\_\_\_\_

Liste a todos los que residen en el hogar con el niño(a) (Parientes o no parientes). (Use una página adicional de ser necesario):

NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	Relación con el niño(a)	¿Habla inglés?
				<b>Menor Solicitante</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Some

### INVOLUCRACION DE VARONES

Sección SOLO para niños(a) de Durham Early Head Start:

¿Puede Durham Early Head Start enviar información con relación a las actividades en el centro a cualquier varón que juega una parte importante en la vida de su hijo(a)? (Padre, Hermano, Tío, Abuelo, Primo, Amigo de Familia, etc.)  Sí  No

Si contesto que sí, Favor de compartir la siguiente información;

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Información de Contacto: \_\_\_\_\_

# INFORMACION SOBRE EMPLEO Y FINANZAS

¿Recibe su familia algún de los siguientes servicios o asistencia? (Marque todos los que apliquen):

- Medicaid/Medicare     cupones de alimento o SNAP     WIC     Asistencia de Vivienda     Work first/TANF  
 Desempleo     Pensión Alimenticia     SSI para: \_\_\_\_\_     SSA para: \_\_\_\_\_  
 DSS foster Care (name of DSS Foster Care Worker: \_\_\_\_\_)

¿Recibe el menor subsidio de Cuido o alguna otra beca financiera para ayuda con el costo del cuidado?  Sí  No

	Empleo Actual	Tiempo en empleo	Promedio de horas que trabaja en la semana	Cantidad de salario
Padres/Guardianes 1		____ Años    ____ Meses  Temporal: # de meses que trabaja en el año _____		\$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
Padres/Guardianes 2		____ Años    ____ Meses  Temporal: # de meses que trabaja en el año _____		\$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes

## TODAS LAS FUENTES DE RECURSOS DE INGRESO DEBEN SER INCLUIDAS

Pensión Alimenticia (Para todos los niños): Cantidad Mensual \$ _____	Beneficios de Seguro Social (SSA): Cantidad Mensual \$ _____
Pagos de Cuidado Temporal (Foster Care): Cantidad Mensual \$ _____	Work Study, Becas de Fellowship: Cantidad Mensual \$ _____
Work First/TANF: Monthly Amount \$ _____	Unemployment: Monthly Amount \$ _____
Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI): Cantidad Mensual \$ _____	Otro: Cantidad Mensual \$ _____

## Información de Vivienda

¿Cuánto tiempo ha vivido usted en su residencia actual? \_\_\_\_\_

¿Cómo usted describe su situación de vivienda?  Seguro y adecuado para mis hijos y yo     Incomodo (No cabemos)

No Seguro     inestable/Tengo que mudarme pronto     otro: \_\_\_\_\_

¿Es su situación de vivienda temporera?  Sí  No

¿Es su situación de vivienda temporera a causa de problemas económicos?  Sí  No

(Si contesto que si a una de estas preguntas, debe completar el formulario; Establecer la permanencia de vivienda)

¿Ha participado su hijo(a) del programa de Early Head Start anteriormente?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) un hermano(a) que actualmente participa de Early Head Start or Head Start?  Sí  No

Tiene su hijo(a) un hermano(a) que participo de Early Head Start or Head Start?  Sí  No

¿Nació su hijo(a) en o antes de 34 semanas o el recién nacido peso menos de 3lbs and 4 oz?  Sí  No

Si contesto si, ¿A cuantas semanas nació? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el peso? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) una condición de salud crónica o problemas de salud continuos? (asma, alergias, o convulsiones)

Sí  No Si contesto si, explique: \_\_\_\_\_

¿Le ha alguien expresado preocupación o le ha recomendado servicios relacionados a la salud, aprendizaje, desarrollo o comportamiento de su niño(a)?

No  Sí, Tengo preocupaciones  Yes, Pediatra/Medico Professional: \_\_\_\_\_

Sí, Pariente  Si, Otro: \_\_\_\_\_

Sí, Maestro(a)

Si contestó si, explique su preocupación: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) un historial de problemas de comportamiento, o ha habido alguna preocupación social, o emocional?  Sí  No

Si contesto si, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) alguna revisión, o evaluación por preocupaciones de comportamiento, salud, desarrollo, o crecimiento, o por intervención temprana o servicios de educación especiales?

No

Si, CDSA (Programa Infantil)

Si, Psicólogo o Trabajador Social

Si, Agencia de Terapia Privada

Si, Pediatra/Doctor

Si, CC4C/Depto. Salud

Si, Hospital o Clínica

Si, Otro: \_\_\_\_\_

Si, CIDD o TEACCH

Si contesto si, ¿Resultado la evaluación en elegibilidad para servicios de intervención temprana? (IFSP)

Sí  No  No se

Marque todos los servicios que su hijo(a) recibe

Coordinación de Cuido para Niños (CC4C)

Terapia del Habla

Terapia Ocupacional

Terapia Física

Instrucción Especial/Educación Especial

Apoyo Educacional/Consulta

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente el niño(a) un IFSP? (Plan de Familia Individualizado-Servicios para el Programa Infantil)

Sí  No  No se

SI SU HIJO(A) TIENE UN IFSP FAVOR INCLUYA UNA COPIA CON SU SOLICITUD

Las siguientes preguntas incluyen asuntos que son sensitivos y privados. Su honesta respuesta nos ayuda a determinar las necesidades de su familia según las normas de nuestro subsidio federal. Todas las respuestas permanecerán privadas y solo serán utilizadas para asuntos de elegibilidad.

- Sí  No ¿Considera usted que NO tiene un hogar? (el personal le preguntara información adicional)
- Sí  No ¿Se le es difícil encontrar vivienda Y pagar la vivienda es un problema para su familia?
- Sí  No ¿Ha estado su familia involucrada con los Servicios de Protección de niños (CPS)?
- Sí  No ¿Ha sido usted o su hijo(a) testigo al abuso de alcohol o drogas en su hogar?
- Sí  No ¿Ha sido usted o su hijo(a) testigo al abuso físico o verbal en la comunidad o en su hogar?
- Sí  No ¿Siente usted que su vecindario no es seguro? (¿Siente usted miedo a que sus hijos jueguen afuera?)
- Sí  No ¿Tiene alguien que vive con usted una discapacidad?  
Si contesto sí, mencione quien y que tipo de discapacidad \_\_\_\_\_.
- Sí  No ¿Tiene alguien que vive con usted una enfermedad mental? (Depression, anxiety disorder, bipolar disorder etc.)
- Sí  No ¿Tiene el encargado principal de su hijo(a) una discapacidad que afecta la capacidad de cuidar por su niño(a)?  
Si contesto sí, explique: \_\_\_\_\_.
- Sí  No ¿Ha perdido su hijo(a) a uno de sus padres a causa de?:  
 Muerte     Separación     Encarcelación     Abandono     Divorcio  
Si contesto sí, explique: \_\_\_\_\_.
- Sí  No ¿Se siente usted o su hijo aislado y/o siente que tiene pocas oportunidades de interactuar con otras personas?
- Sí  No ¿Ha surgido algún evento serio cual ha causado estrés a su familia?  
Si contesto sí, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**De ser su hijo(a) seleccionado, nos comunicaremos con usted por teléfono. Es bien importante que podamos contactarle. Favor de proveernos los nombres de dos personas (que no sea usted) que nos puedan ayudar a comunicarnos en caso de ser necesario.**

Nombre	<b>Número de teléfono</b>	Parentesco
Nombre	<b>Número de teléfono</b>	Parentesco

Yo certifico que la información, incluyendo el ingreso que he compartido en esta solicitud es correcta y precisa a mi mejor conocimiento. Si alguna información es falsa, mi participación con el programa puede ser impactada y posiblemente terminada y puedo enfrentar problemas legales. También comprendo que la información en esta solicitud permanecerá estrictamente confidencial dentro de la agencia y estará disponible para mí, en caso de necesitarla solo durante horas laborables.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardián Legal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Información Adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*SOLO PARA EL PERSONAL DE DEHS\***

Solicitante fue entrevistado por (Nombre del empleado):

Fecha: