



Estamos dispuestos a ayudar con esta aplicacion- solo pregunte

Lake Family Resource Center
890 Lakeport Blvd. Lakeport, Ca 95453
(707) 279-0563 FAX (707) 262-0344



Solicitud Prenatal

Nombre del Solicitante		Fecha de Nacimiento	Idioma primario	
Nombre de esposo/compañero		Fecha de Nacimiento	Idioma primario	
Domicilio		Ciudad	Código Postal	
Dirección de Correo (si es diferente al de arriba)		Ciudad	Código Postal	
Números de Teléfono:	# de Casa ()	# de Celular ()	# de Trabajo ()	# de Mensaje ()
¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> correo postal				

Raza del aplicante:
 Hispánico Negro Blanco Birracial/ Multi Nat. Amer. Asiático Otro

Idioma Primario del Niño
 Inglés Español Otro _____

Nivel de conocimientos de Inglés (circule uno) Competente/ Moderado/ Muy poco /Nada

¿Cómo escucho acerca de nuestro programa? Radio Periódico Amigo/a Folleto de EHS En persona LFRC Facebook

Puesto de Información de EHS Personal de HS/EHS Actualmente/anterior padre de HS/EHS Pagina web de LFRC

Otra Agencia; Nombre: _____ Otra: _____

Necesitamos comprobante de los ingreso de su familia. Copia adjunta

¿Recibe? Ayuda Monetaria-*por favor envíe comprobante* Ingresos del Seguro Social-*por favor envíe comprobante*
 Estampillas de comida WIC

INFORMACION DE EMPLEO DEL GUARDIAN

Empleador/Ocupación	FUENTE DE INGRESOS
1 (Circule uno) G9 G10 G11 G12 HSG AS BS GED Col (algo de colegio) Maestría CTG (título aniversario)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Entrenamientos/Escuela <input type="checkbox"/> De temporada (cuantos meses) _____ <input type="checkbox"/> Jubilado/discapacitado <input type="checkbox"/> Otro _____
2 (Circule uno) G9 G10 G11 G12 HSG AS BS GED Col (algo de colegio) Maestría CTG (título aniversario)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Entrenamientos/Escuela <input type="checkbox"/> De temporada (cuantos meses) _____ <input type="checkbox"/> Jubilado/discapacitado <input type="checkbox"/> Otro _____

Anote otros niños que viven en su hogar que tienen parentesco con los padres de sangre, matrimonio o adopción:

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el solicitante
1.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
2.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
3.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Alguno de los niños mencionados arriba están actualmente inscritos en Head Start o Early Head Start? SI NO

