|  |  |
| --- | --- |
|  **PRE SOLICITUD EMBARAZADA**  | **USO OFICIAL** |
|  | **FID:** |       |
| **\*Favor de cumplimentar pre solicitud en su totalidad en letra de molde.** | **USI:** |       |
|  | **AÑO PROGRAMA:** |       |
|  |  |  |  |
|  |
| **Nombre Embarazada** |       | **Fecha de Nacimiento:** |       |
|  | Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial |  | MM/DD/AAAA |
| **Seguro Social:** XXX/XX/ |       | **Edad:** |       | **Teléfono:** |       |
| **Dirección Física:** |       |
|  | Calle Ciudad Estado Zip Code |
| **Dirección Postal:** |       |
|  | Calle Ciudad Estado Zip Code |
| **Tipo de Embarazada:** |[ ]  Adulta |[ ]  Adolescente |[ ]  Empleada |[ ]  Desempleada |  |
|  |[ ]  Estudiante |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Fecha de parto:** |  | **Fecha de primera visita:** |  |
| **Nombre del Proveedor del Cuidado Prenatal:** |  |
| **Plan Médico:** |[ ]  Gobierno | #:      |[ ]  Privado |
| **Tiempo de embarazo:** |[ ]  Primer trimestre |[ ]  Segundo trimestre |[ ]  Tercer trimestre |
|  |
| **Escolaridad embarazada:** |
|  |
|[ ]  Escuela intermedia |[ ]  Escuela superior |[ ]  Universitaria |[ ]  Graduada |  |
|[ ]  Último grado alcanzado: |       |  |
|  |
| **Tipo de Familia:** |
|  |
|[ ]  Casada con cónyuge  |[ ]  Con pareja |[ ]  Soltera |[ ]  Adolescente bajo tutela de adulto |
|  |
| **Ayudas que recibe la familia:** |
|  |
|[ ]  PAN |[ ]  TANF |[ ]  WIC |[ ]  Vivienda pública |[ ]  Vivienda subsidiada |
|[ ]  Subvención Foster Family |[ ]  Plan de salud |[ ]  Subsidio energía |
|[ ]  Pensión alimentaria  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Tipo de vivienda:** |
|  |
|[ ]  Propia |[ ]  Rentada |[ ]  Vive con familiar |  | **Tiempo en el hogar:** |       |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Información Miembros de la Familia:** |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de otros niños en el hogarAPELLIDOS NOMBRE INICIAL | Fecha de nacimiento | Seguro social | Género | Nivel educativo | Relación con el niño |
|  | MM/ | DD/ | AAAA | XXX | XX | XXXX | M | F |  |  |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |

 |
|  |
| **¿Cómo se enteró sobre los servicios del Programa Head Start & Early?** |
|[ ]  Redes sociales |[ ]  Referencias de conocidos |[ ]  Promoción en la comunidad |  |
|[ ]  Me lo recomendaron | ¿Quién? |       | ¿Por qué? |       |
|  |
| **CERTIFICACIÓN** |
| Yo      , certifico que toda la información suministrada es verdad. Si alguna parte de la información es falsa, mi participación en el Programa se vería afectada o de ser necesario se tomará acción legal sobre la situación. Entiendo que la información suministrada en esta aplicación será salvaguardada por la agencia en estricta confidencialidad y estará accesible para mí, en las horas normales de servicio. |
|  |
|  |
| Click here to enter text. |  | Click here to enter text. |  |  |  |
| **Nombre Solicitante o Encargado** |  | **Firma**  |  | **Fecha:** | Click here to enter a date. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Click here to enter text. |  |  |  |  |  |
| **Firma Oficial de Reclutamiento** |  |  |  | **Fecha:** | Click here to enter a date. |
|  |
| **Notas relevantes:** |
|       |