



Centro de Desarrollo Infantil Oahe

Solicitud de futura madre

2307 E. Capitol Pierre, SD 57501
Teléfono: 605-224-6603 Fax: 605-224-0850

**POR FAVOR,
COMPLETE
TODAS LAS
ÁREAS DE ESTA
SOLICITUD.**

FECHA DE RECEPCIÓN DE OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

ENCODED: _____

Información del solicitante			
Nombre _____ MI _____ Apellido _____		Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Fecha de vencimiento del solicitante: _____ / _____ / _____
Dirección viva		Dirección postal : si es diferente de la dirección viva	
Calle: _____		Calle/apartado de correos: _____	
Pueblo/Ciudad: Estado: Código Postal: _____		Pueblo/Ciudad: Estado: Código Postal: _____	
Condado: _____		Distrito Escolar: _____	
El solicitante vive con: (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____		¿Idioma(s) hablado(s) en su casa?	
		Asociación prima: _____ Secundaria: _____ ¿Qué tan bien hablas inglés? _____	
		Raza	***Clave de carrera
		Solicitante	
		Adulto Secundario	
***Clave de raza: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, hispano o latino, del Medio Oriente o norte de África, nativo de Hawái o del Pacífico Isleño, blanco, multirracial y/o multiétnico, o no especificado			
Información de contacto del solicitante		Adulto Secundario	
Inicio/Celda: _____		Nombre Segundo nombre Apellido	
Obra: _____		Dirección: _____	
Otro: _____		Fecha de nacimiento: _____	Relación con el solicitante: _____
Correo electrónico: _____		Información del número de teléfono: Inicio/Celular: _____ Correo electrónico: _____	
Por favor, enumere todas las OTRAS personas que viven en el hogar			
Nombre Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Raza
Empleo y educación del solicitante		Empleo y educación secundaria de adultos	
Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás en formación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Asistes a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Dónde? _____ ¿Está activo en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nivel más alto de educación completado: <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Licenciatura en Educación General <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro		Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás en formación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Asistes a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Dónde? _____ ¿Está activo en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nivel más alto de educación completado: <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Licenciatura en Educación General <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro	

Información sobre recursos familiares	
<p>¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera? (Sírvase indicar todo lo que corresponda):</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de Alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Asistencia Pública – TANF </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario <input type="checkbox"/> Ninguno en la lista </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>¿Su familia está actualmente en crisis?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí </div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>En caso afirmativo, explique:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> </div> </div>	
<p>¿Hay alguna otra inquietud o situación familiar que debemos tener en cuenta para ayudar a satisfacer sus necesidades? (Como un divorcio reciente, salud de alquiler de pa, mudanza reciente, asesoramiento, padre ausente debido al encarcelamiento, servicio militar activo, etc.)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> No <div>En caso afirmativo, por favor explique: _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Sí <div>_____</div> </div>	
¿Cómo se enteró de nosotros?	¿Fue referido por otra agencia?
<input type="checkbox"/> Sitio web de OCDC <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio de TV/Radio <input type="checkbox"/> Facebook / Redes Sociales <input type="checkbox"/> Contacto personal	<input type="checkbox"/> Agencia de Bienestar Infantil <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica/dentista <input type="checkbox"/> Oficina de WIC/Salud del Condado <input type="checkbox"/> Programa de Escuelas Públicas/EC <input type="checkbox"/> Otros _____
Información de cobertura de atención médica:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> CHIP/Medicaid <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Tri-Cuidado <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Sin cobertura médica </div>	
Necesidades/Servicios Especiales:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>¿Tienes alguna necesidad especial?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí </div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>En caso afirmativo, sírvase describir:</p> <hr/> <hr/> </div> </div>	

ANTES DE LA ACEPTACIÓN EN NUESTRO PROGRAMA, LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS POR EL PERSONAL AUTORIZADO DE OCDC

<p>Las declaraciones y la información en esta aplicación son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.</p>			
Firma del solicitante	Fecha	de firma	Fecha de firma

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.