



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)	¿Idioma(s) hablado(s) en su casa?	Raza	***Clave de carrera
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padastro	Asociación prima:	Solicitante	
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra	Secundaria:	Adulto Secundario	
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Esposo	¿Qué tan bien hablas inglés?		
<input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			

***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	Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> desempleado
Nombre del empleador: _____	Nombre del empleador: _____
¿Estás en formación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿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?	¿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	¿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	¿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	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

¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera?
(Sírvase indicar todo lo que corresponda):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de Alimentos) | <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Ninguno en la lista |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública – TANF | |

¿Su familia está actualmente en crisis?

- No Si

En caso afirmativo, explique:

¿Hay alguna otra inquietud o situación familiar que debamos 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.)?

- No
 Sí

En caso afirmativo, por favor explique:

Cómo se enteró de nosotros?

- Sitio web de OCDC
- Periódico
- Anuncio de TV/Radio
- Facebook / Redes Sociales
- Contacto personal

Fue referido por otra agencia?

- Agencia de Bienestar Infantil
- Proveedor de atención médica/dentista
- Oficina de WIC/Salud del Condado
- Programa de Escuelas Públicas/EC
- Otros _____

Información de cobertura de atención médica:

- CHIP/Medicaid Servicios de Salud Indígena Tri-Cuidado Seguro de salud privado Sin cobertura médica

Necesidades/Servicios Especiales:

¿Tienes alguna necesidad especial?

- No Sí

En caso afirmativo, sírvase describir:

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

Las declaraciones y la información en esta aplicación son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

de firma

Fecha de firma

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.