



## Families and Children Together, Inc.

### Aplicacion Para Mamas Embarazadas



#### **LAS APLICACIONES NO SERÁN ACEPTADAS SIN COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS**

1. **Verificación de Ingresos de casa de los últimos doce meses.** Un mes de talones de cheques, Regreso de Taxas, W-2s, TEA, Seguro Social, SSI, WIC, SNAP, Manutención de los hijos, Desempleo, Beneficios de Veteranos, etc. Ingresos de casa incluyen **todos** las maneras de soporte **de los últimos doce meses** de **todos** los miembros de casa que están relacionados con el niño.

Por favor mandar una copia de su **Tarjeta de Medicaid/AR Kids o Aseguradora Privada** si tiene una. (Aplicaciones para Medicaid son dadas solamente si la persona la pide)

***Si tiene alguna pregunta o requiere información adicional, favor de contactarse con el coordinador del ERSEA al (870) 862-4545 o su centro local.***

**Favor de Indicar debajo adonde quiere que sea puesta.**

#### **Opciones de Home Based**

- Calhoun County
- Columbia County
- Dallas County
- Ouachita County
- Union County

Hay alguien en su casa menor de 5 años de edad?  Si  No

**Si es que si, favor de preguntar por una aplicacion de Early Head Start/Head Start/Arkansas Better Chance.**

FACT, Inc. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



F.A.C.T., Inc. toma muchos factores en consideración para determine la elegibilidad. En suma al nivel de ingresos y la edad de su niño, las necesidades de otros niños y familias son notadas. La siguiente información será usada para ayudar a determina la elegibilidad y para familiarizarnos con su familia.

Aplicaciones seran evaluados usando un sistema de puntos y las personas con mas puntos seran elegidos primero.

**Madre**

Dirección de correo electrónico:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
---------------	----------------	----------	---------------------

<b>Raza</b>	<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente

<b>Nivel de Educación</b>	<b>Estado de Empleo</b>	<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Maestria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Certificado de formacion	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Bio'logico/Adoptado/ Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Madre asisten una escuela? **DONDE:** \_\_\_\_\_  
 # de horas por semestre: \_\_\_\_\_

<b>Cobertura de Salud Primaria</b>	<b>Medicaid #</b>	<b>Cobertura #</b>
<input type="checkbox"/> AR Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninuguna	# _____	# _____

Como se entero de nosotros?  una trabajadora  Niño previamente inscrito  familia/amigos  internet/sitio de web  radio  
 periodico  otra agencia  hermanos que asistieron  de entrada  palabra de boca

Esta es su primera vez aplicando para el programa de mama embarazada?  Si  No

Quien va a ser legalmente responsable por el Niño?  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro Nombre: \_\_\_\_\_

**Padre – So'lo si viven en casa**

Dirección de correo electrónico:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento
---------------	----------------	----------	--------	---------------------

<b>Raza</b>	<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente

<b>Nivel de Educación</b>	<b>Estado de Empleo</b>	<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Maestria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Certificado de formacion	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Bio'logico/Adoptado/ Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Padre asisten una escuela? **DONDE:** \_\_\_\_\_  
 # de horas por semestre: \_\_\_\_\_

**Liste cada persona que viva en su casa**

Nombre (Primer, Apellido)	Fecha de nacimiento	Relacion hacia el niño

## Información de Familia, Ingreso & Contactos

### Información General

Dirección de Residencia Línea 2 de la dirección Código Postal Ciudad Estado Condado

Dirección Postal (si es diferente) Línea 2 de la dirección Código Postal Ciudad Estado Condado

Número de Teléfono Nombre de Contacto Tipo (Llene uno)

\_\_\_\_\_ **Madre:** \_\_\_\_\_  Celular  Hogar  Trabajo

\_\_\_\_\_  Celular  Hogar  Trabajo

\_\_\_\_\_  Celular  Hogar  Trabajo

Estado de Padre/Madre (Llene uno) Lengua Principal en el Hogar Familia sin Hogar Familia Militar Veterano Militar Referido por Agencia del Bienestar Infantil Reciben SNAP Reciben WIC

Uno  Dos  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí \_\_\_\_\_  No

TANF (TEA, Work Pays, Career Pathways)  Sí  No Supplemental Security Income  Sí  No

**INFORMACION DE EMPLEO:** Liste el historial de empleo por los últimos doce meses de ambos padres y/ todos los guardas de el niño. **Usted debe listar TODOS los lugares de empleo y pruebas de ingresos deben ser proveídas por cada uno.**

Nombre (Nombre y Apellido)	Empleador	Dirección del Trabajo	Numero de Teléfono del Trabajo	Fechas de Emplamiento DESDE	A

**OTROS DOCUMENTOS/ASISTENCIA PUBLICA:** Favor de chequear si alguno de los miembros de familia recibe, o ha recibido cualquiera de los siguientes **durante los pasados doce meses. Prueba debe ser proporcionada con esta aplicacion.**

- Discapacidad del Seguro Social/Beneficios por Fallecimiento/Jubilacion
- Manutencion de los Hijos:  semanalmente  bi-semanal  mesualmente
- Beneficios de Desempleo, fecha que comenzo a recibirlo: \_\_\_\_\_
- Becas
- Jubilacion
- Discapacidad Militar
- Otro, (especifique) \_\_\_\_\_

### NECESIDADES MEDICAS/ESPACIALES/DE INCAPACIDAD:

Tiene alguna sondicion de embarazo que se este tratando ahora?  Si  No

Si es que si, favor de describir: \_\_\_\_\_

Favor de describir cualquier otra necesidad o preocupacion que tenga sobre su salud: \_\_\_\_\_

Fecha esperada a dar a luz: \_\_\_\_\_ Esperados:  Uno  Gemelos  Triplets  Otro Trimestre:  1st  2nd  3rd

Esta usted actualmente matriculada en el programa de Hannah Pregnancy Resource Center?  Si  No

