

NOMBRE DE AGENCIA: Northwestern Settlement House

Apellido del Participante _____ Nombre _____ Numero _____ Domicilio _____ dirección de email _____
 _____ Mobile _____

Nombre de la Calle _____ Apt. No. _____ Zipcode _____

Padre/Madre o Persona con Custodia Legal: Apellido _____ Nombre _____ Número de Teléfono _____

Contacto de Emergencia: Apellido _____ Nombre _____ Número de Teléfono _____

TIPO DE PROGRAMA:

- Out-of-School
- CHA
- BHS
- Bridges
- Mentoring
- RISE

Edad:	Raza / Etnicidad: (Marque uno)	Comunidad:	Distrito:
Sexo: (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico(a) <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano / Latino(a) / Latinx <input type="checkbox"/> Medio Oriente / Norte de África <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Isleno (a) del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no identificar	Año escolar (si esta en escuela):	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> Elige no identificar		nivel de educación mas alto: _____	
Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aa)		Escuela o (ultima que asistio):	CPS ID#
		Discapacidad: Si No Si es, por favor especifique	

Informacion de casa			
Tipo de Familia: (marque uno)	Vivienda: (marque uno)	Ingresos: (marque todo lo que corresponda)	Referido(a): (nombre de agencia)
<input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Joven independiente <input type="checkbox"/> Cuidado de la Juventud <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Custodio legal	<input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> CHA residente/ HCV <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> Vivienda temporal	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Earnfare <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Otro (SSDI, manutención de los hijos, VA Beneficios)	
			CHA Client ID#: (si es aplicable)

PADRE/MADRE O PERSONA CON CUSTODIA LEGAL: Yo certifico que la información es correcta y doy mi permiso para que la persona mencionada arriba puede participar en la programa.

Firma de participante: _____ Fecha: _____

Firma de padre/ madre or persona con custodia legal* _____ Fecha _____

*Requerido de todos los participantes menores de 17 años o menores. Por favor de referirse a la table de ingreso para determinar el nivel de ingresos.

Firma del empleo de la agencia: _____ Fecha: _____