****

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL PADRE, TUTOR O CUIDADOR PRIMARIO**

**Apellido del participante**  **Nombre**  **Segundo nombre**

**Fecha de nacimiento (mes/día/año)**  **/ /**

**Sexo**  [ ]  Femenino [ ]  Masculino

**Dirección**  **Ciudad**  **Código Postal**

**Teléfono principal ( )**  **-**  **¿Es este un celular/teléfono móvil?** [ ]  Sí [ ]  No

**Correo electrónico/E-mail**

*The Children’s Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children’s Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.*

**¿Es usted padre, madre, guardián de algún menor?** [ ]  Sí [ ] No

**¿Cuántos niños tiene bajo su cuidado?**

**¿Cuántos de los niños que están bajo su cuidado tienen una discapacidad o condición que se espera que dure un año o más y que le dificulta a su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?**

**Mayor nivel de estudios alcanzado** Grado [ ]  Diploma de secundaria/GED [ ]  Algunos años de colegio

[ ]  Grado Asociado [ ]  Bachillerato [ ]  Posgrado

**¿Es competente en Inglés? [ ]  Sí [ ]  No**

**Otros idiomas que se hablen en el hogar [ ]  Español [ ]  Haitiano-Creole [ ]  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Ninguno**

**Origen étnico** [ ]  Hispano [ ]  Haitiano [ ]  Otro, por favor explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza** (Favor seleccionar solo una):

[ ]  Indio Americano o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afroamericano[ ]  Originario de las Islas del Pacífico

[ ]  Blanco [ ]  Multiracial [ ]  Otro

***Si Ud. está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children’s Trust, Por favor llame al 211 o visite*** [***www.thechildrenstrust.org***](http://www.thechildrenstrust.org)***. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite*** [***www.advocacynetwork.org***](http://www.advocacynetwork.org) ***o*** [***www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities***](http://www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities)***.***

**Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para propósitos de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información recopilada.**

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**  **FECHA:**

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL (*INFORMACIÓN INDISPENSABLE*)**

ORGANIZACIÓN: ESTABLECIMIENTO (SITE):

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): [ ]  Dep Syst [ ]  Delin Syst