****

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL ADULTO**

**Apellido del participante** \_\_\_\_ , **Nombre** **Segundo nombre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (mes/día/año)  **Sexo**  [ ]  Masculino [ ]  Femenino

**¿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?**

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

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

**Dirección** \_\_\_\_ **Ciudad** \_ **Código Postal** \_

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

**Raza** [ ]  Nativo americano / Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o afroamericano

[ ]  Originario de las islas del Pacífico [ ]  Blanco [ ]  Otro [ ]  Multiracial

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

[ ]  Algunos años de colegio [ ]  Grado Asociado [ ]  Bachillerato [ ]  Posgrado

**Correo electrónico/E-mail**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

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

 *(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.)*

***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)

**Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa. The Children’s Trust proporciona financiamiento para el programa.**

**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