

**Información del niño(a)**

<b>Nombre del niño(a)</b>		<b>Apellido del niño(a)</b>	
<b>Nombre del padre/madre/tutor</b>		<b>Apellido del padre/madre/tutor</b>	
<b>Niño(a) fecha de nacimiento</b> MM / DD / YYYY		<b>Código postal</b>	
<b>Correo electrónico</b>		<b>Télefono de casa</b>	<b>Télefono móvil</b>
<b>Niño(a) género</b> <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		<b>Persona de recogida alternativa</b>	
<b>Niño(a) vive con (marque todo lo que corresponda)</b>		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra Pariente	
<b>Niño(a) raza (marque todo lo que corresponda)</b>		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Pacífico Nativo/Otra Isla Nativa <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra	

**Información familiar**

<b>¿Cuántos personas viven en el hogar?</b>	<b>Adultos (18+)</b>	<b>Niños (5-17 años)</b>	<b>Niños (menores 5 años)</b>
<b>Fuentes de ingresos</b>	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP/Food Stamps <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda subsidiada (Sección 8 o HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda sin subsidio (Asequible/Descuento)		
<b>¿Está trabajando actualmente?</b>		<b>¿Hay otros adultos en su hogar empleados?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí    Si afirmativo... Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No    Pago mensual para llevar a casa: \$ _____		<input type="checkbox"/> Sí    Si afirmativo... Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No    Pago mensual para llevar a casa: \$ _____	
<b>Seguro de salud para padres</b>	<b>Seguro de salud infantil</b>	<b>¿Cómo se entero de HappyBottoms?</b>	
<input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured	<input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured	<input type="checkbox"/> Agencia HappyBottoms <input type="checkbox"/> Happy Packs <input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Sitio Web HappyBottoms <input type="checkbox"/> Otra	
<b>¿Cuál es su modo de transporte?</b>			
<input type="checkbox"/> Vehículo personal <input type="checkbox"/> Viaje compartido <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Sin transporte			

**Aceptación de los Terminos de Servicio y Certificación**

- Al firmar esta solicitud, certifico que la información en esta solicitud es correcta a mi lea/ saber y entender lo siguiente:
- HappyBottoms requiere que esta agencia recopile datos para evitar la duplicacion de servicios, fines de comunicacion, y para fines de escritura de subvenciones. Los datos SOLO seran utilizados por HappyBottoms y sus socios para estos fines.
  - Mi hijo ya no puede recibir pañales despues de su cuarto cumpleaños.
  - Mi hijo solo puede recibir pull-ups l pantalones de entrenamiento 6 veces mientras esta inscrito en el programa. Usare estos pañales SOLAMENTE para el nino que figura en la solicitud, y NO PUEDO VENDER, COMERCIAR O DAR ALEJAR ESTOS PANALES.
  - Usaré estos pañales solo para el niño que figura en la solicitud y no puedo vender, intercambiar ni regalar estos pañales.
  - Solo puedo recibir 75 pañales o 50 pantalones de entrenamiento por nino por mes de cualquier agencia HappyBottoms.
  - Si recibo pañales de HappyBottoms debido a una emergencia a corto plazo, puedo recibir pañales de emergencia por hasta dos meses. Puedo seguir recibiendo pañales para mi hijo sujeto a los terminos anteriores si recibo administracion de casos u otros servicios de la agencia que me brinda pañales.
  - Si intento deliberadamente obtener mas de/ limite mensual de pañales, trato de obtener pañales de mas de una agencia HappyBottoms en un mes determinado, o violar cualquier otro termino de/ programa mencionado anteriormente, mi hijo puede ser retirado de/ programa.

**Nombre del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Relacion con el nifio(a)** \_\_\_\_\_  
**(en la tra de imprenta)**  
**Firma del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Medida de Pañales**

Medida de Pañales	<input type="checkbox"/> NB	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Medida de Pañal-Calzon	<input type="checkbox"/> 2T-3T	<input type="checkbox"/> 3T-4T	<input type="checkbox"/> 4T-5T					
Regresar forma por correo electronico a lora.phelps@mbhfoundation.com or ir a la dirreccion 206 Grant Street, Carthage, MO 64836.								