



BABY PROMISE APPLICATION
Child Care Resource & Referral
PO Box 301426
Portland, OR 97294
Phone: (503) 491-6205



BABY PROMISE Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente				<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Adulto Principal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	ODHS ERDC Case ID#
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Estado de Empleo						
<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento				
<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Información de contacto						
Número de teléfono: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> inicio <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> mensaje						
() <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Podemos enviar un mensaje de texto a este número? *pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto *						
Correo electrónico:						

Adulto Secundario

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	ODHS ERDC Case ID#
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Estado de Empleo						
<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento				
<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Información de contacto						
Número de teléfono: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> inicio <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> mensaje						
() <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Podemos enviar un mensaje de texto a este número? *pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto *						
Correo electrónico:						



BABY PROMISE APPLICATION
Child Care Resource & Referral
PO Box 301426
Portland, OR 97294
Phone: (503) 491-6205



Dirección			
Dirección familiar	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

Contactos adicionales: En caso de que no podamos ponernos en contacto con usted			
Nombre	Información de contacto	celular/ inicio/ trabajo/ mensaje	Relación con el adulto
	()		
	()		

Información General						
Situación de los padres (marque una opción)	Lengua principal en casa	Beneficiario del TANF	Familia de militares en activo	Recibir ayuda continua para la vivienda	Beneficiario del SSI	Beneficiario del SNAP
<input type="checkbox"/> 1 Padre <input type="checkbox"/> 2 Padres		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cómo nos conoció?

Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada; y, puedo estar sujeto a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible para mí durante las horas normales de trabajo.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____