



**Solicitud de Admision de Renu Hope Foundation**

Fecha de Aplicacion: \_\_\_\_\_ Rango: \_\_\_\_\_

**Informacion de Contacto**

Nombre del Padre O Tutor # 1 Nombor \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Empleado/  Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Codigo Postal Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre O Tutor # 2 Nombor \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleado/  Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#1 Empleo/ Horario escolar (Marque todos los que Correspondan): Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom De: A: Madre/Pradre Soltero  Si  NO

#2 Empleo/ Horario escolar (Marque todos los que Correspondan): Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom De: A:

**Necesidad de Cuidado Infantil: (Marque todo lo que corresponda para cada padre o tutor)**

	Trajando	Incapacitado/Discapacitado	Buscando Empleo	Sin Hogar	Escuela	Trabajador de Campo
Padre/Tutor #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calworks/CalFresh :  Si  No Numero de Caso# \_\_\_\_\_

Necesidades Especial:  Ingles Limitado  CPS  IEP/ IFSP  Discapacitado Severo  Problema de Salud  Retrasos de Desarrollo

Ubicacion Preferida:  Banning  Beaumont  Perris  Mead Valley  Moreno Valley  Indio  North Shore  Oceanside  Escondido  Yorba



**Fuentes de Ingresos (Monto total en dolares de todas las fuentes antes de impuestos y deducciones)**

**Padre/Tutor #1**

Salarios Mensuales \_\_\_\_\_ Manutencion de los Hijos: \_\_\_\_\_ Desempleo: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_ Trabajador Independiente: \_\_\_\_\_  
 Cal Works: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #2**

Salarios Mensuales: \_\_\_\_\_ Manutencion de los Hijos: \_\_\_\_\_ Desempleo:: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_ Trabajador Independiente: \_\_\_\_\_  
 Cal Works: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Enumere todos sus hijo de 2 a 5 anos que necesiten cuidado**

Tamano de familia \_\_\_\_\_ Ingreso Total : \_\_\_\_\_

Enumere a los Ninos que Necesitan Cuidado de ninos			Fecha de Nacimiento	Genero	Nino/a adoptivo/a	Enumere a los ninos/a No Necesita cuidado y fecha de nacimiento
Nombre	Inicial	Apellido				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Cuidado Necesario:** (Marque lo que le corresponda) Dia Completo  Dia Parcial

**Lenjaje Hablado** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/tutor# 1:** \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/Tutor # 1:** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/tutor# 2:** \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/Tutor # 2:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representant de la Agencia:** \_\_\_\_\_ **Firma de Renpresentant de la Agencia:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



*Renu Hope does not discriminate based on sex, creed, national origin, religion, sexual orientation, age or disabilities.*