**Formulario Anual de Información para Padre, Guardián o Cuidador Principal**

SE ACTUALIZARÁ CADA AÑO EN AGOSTO PARA CONTINUAR CON LOS SERVICIOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  |  |  |
| **Apellido** | **Nombre** | **Segundo Nombre** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento**  | **Género** | **Raza/Etnicidad** (seleccione solo una) |
|  **/ /**  | [ ]  Mujer [ ]  Hombre[ ]  Prefiero no contestar | [ ]  Birracial o multirracial [ ]  Hispano[ ]  Afroamericano/negro no hispano [ ]  Haitiano[ ]  Blanco no hispano [ ]  Otro[ ]  Prefiero no contestar |
|  Mes / Día / Año |

|  |
| --- |
| **¿Cuál es el nivel más alto de educación que has terminado?** (Por favor, seleccione solo uno) |
|  [ ]  Diploma HS/GED [ ]  Algo de Universidad [ ]  Título de Asociado [ ]  Grado 1-12 (especificar): [ ]  Licenciatura [ ]  Titulo de posgrado |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántos niños están bajo tu cuidado?** | ¿Cuántos de los niños bajo tu cuidado poseen una discapacidad o condición que podría durar un año o más que les pueda dificultar hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? |
|  |  |

|  |
| --- |
| **¿Qué papel desempeñas como padre, guardián o cuidador principal?** (Por favor, seleccione solo uno) |
| [ ]  Madre [ ]  Padre [ ]  Madrastra [ ]  Padrastro [ ]  Abuelo [ ]  Padre de crianza [ ]  Otro |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección de Hogar** |  |  |  |
| **Calle** | **Ciudad** | **Código postal** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de teléfono principal** | **Correo electrónico** |
| **( ) -** **¿Es este un teléfono celular/móvil?** [ ]  Sí [ ]  No |  |
|

**Idioma preferido para contacto de The Children's Trust** (seleccione solo uno)

[ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Criollo Haitiano

The Children's Trust puede comunicarse contigo por correo postal, correo electrónico y/o mensaje de texto para preguntarte por tu satisfacción con los servicios e informarte sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por The Trust que puedan ser de tu interés.

¿Cómo te enteraste de este programa?

Como parte de mi participación voluntaria en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa se envíe a The Children's Trust para fines de evaluación y calidad del programa. The Children's Trust proporciona fondos para que el programa funcione y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos sobre la información recopilada.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del participante** | **Fecha de firma** |
|  |  **/ /**  |
|  |  Mes / Día / Año |

Si está interesado en otros servicios o recursos comunitarios, puede llamar al **211 Miami Helpline, visite** [**211miami.org**](http://211miami.org), o encontrar más información sobre l**os programas de The Children's Trust en** [**www.thechildrenstrust.org**](http://www.thechildrenstrust.org). Para recursos de necesidades especiales para personas con discapacidades y sus familias, visita [**www.advocacynetwork.org/services/individual-family-support**](www.advocacynetwork.org/services/individual-family-support/) **o** [**www.thechildrenstrust.org/cwd**](http://www.thechildrenstrust.org/cwd).

ORGANIZACIÓN SITIO