**Un letrero verde con texto blanco

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.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