



YMCA Kinship Respite Client Packet Fiscal Year 2018-2019

¿Qué es una familia "Kinship"?

"Kinship" se refiere a los cuidadores que son familiares. "Familiar" significa un adulto relacionado al niño por sangre, adopción o afinidad dentro del quinto grado de parentesco, incluyendo padrastros, hermanastros, y todos aquellos familiares cuya condición de familiar se vea reflejada por la palabra "abuelo/a" o el prefijo "bis-" o "tátara", o el cónyuge de cualquiera de estas personas, incluso si el matrimonio finalizó a causa de fallecimiento o disolución. El familiar cuidador actúa como proveedor de cuidados primario de un niño cuando sus padres biológicos no pueden hacerlo por distintas razones. Lo más común es que el familiar cuidador del niño sea un abuelo criando a sus nietos.

¿Qué significa "Respite"?

Se define "Respite" como "un intervalo de descanso o alivio". AIS les brinda a estos familiares cuidadores la oportunidad de inscribir a sus niños en cuidados antes y después de la escuela y cualquier tipo de campamento disponible para niños, lo que les da a los cuidadores tiempo para descansar y relajarse.

Formularios para COMPLETAR Y DEVOLVER:

- Contrato del cliente: Programa Respite**
- Paquete de información para el Cliente (debe incluir una copia de un documento de identificación con fotografía)**
- Formulario de solicitud de Respite (uno por cada niño)**

Coloque los formularios completos en un sobre sellado y entrégueselo a su contacto o envíelo por correo a: YMCA Youth & Family Services, ATTN: KINSHIP Respite Program, 2929 Meade Avenue San Diego, CA 92116
También puede enviar formularios por fax al 619-543-9491 o escanearlos y enviarlos por correo electrónico kinshiprespite@ymca.org o agallegos@ymca.org

Necesita más información?

- Contacte al Programa Kinship Respite de YMCA llamando al 619-281-8313 ext.10742
- Sitio web de Kinship de YMCA: www.ymca.org/programs/family-and-social

** Luego de haber recibido servicios de Respite, le enviaremos una "Encuesta de Satisfacción"; por favor devuélvala por correo al Programa Kinship Respite de YMCA. ¡Necesitamos su opinión!*

TÉRMINOS Y CONDICIONES

YMCA KINSHIP RESPITE TERMS AND CONDITIONS DISCLAIMER

- ***El cuidador de parentesco debe tener 55 años de edad o más para ser elegible para el programa de respiro de parentesco***
-
- ***Los paquetes de aplicación de respiro incompletos y/o ilegibles no serán aprobados ni procesados***
- ***Basado en financiamiento y horas disponibles, cada niño es elegible para hasta 120 horas por año fiscal***
- ***Tomará al menos 1 mes revisar y procesar la solicitud desde la fecha de confirmación de recepción.***
- ***No es necesario que el proveedor de Respite sea una instalación de YMCA.***
- ***Respite Program will only approve Traditional Day Camps at YMCA Branches***
- ***Debido a la gran cantidad de solicitudes para la época de verano, por favor presente sus solicitudes al menos 2 a 4 meses por adelantado, y tenga una segunda opción de campamento en caso de que su primera opción no esté disponible.***

CONFIRMACIÓN

El Coordinador se pondrá en contacto con el cuidador para informarle que su solicitud ha sido aprobada y la cantidad de horas que se han aprobado, o denegado, para recibir Respite. El Personal de Kinship dejará **3** mensajes o hará tres intentos de llamada telefónica. Si el cuidador no nos devuelve la llamada, asumimos que el cuidador ya no está interesado en recibir servicios de Respite y cancelaremos la solicitud. También se enviará a los cuidadores un formulario de **Resumen de Respite Aprobado** para verificar el Respite aprobado. El Coordinador de Kinship revisará verbalmente este documento una vez se haya aprobado la actividad de Respite y se haya enviado al cuidador.

PROCESO DE CANCELACIÓN PARA CAMPAMENTOS

Es responsabilidad del cuidador revisar el *Resumen de Respite Aprobado* (formulario proporcionado luego de la aprobación de Respite) para seguir la política de cambio/cancelación.

****Si el niño no asiste al campamento, Kinship de YMCA tiene que hacer el pago de todos modos. Por favor sea considerado y avísenos de cualquier cambio/cancelación al menos 24 horas por adelantado. No hacerlo resultará en que caiga al final de la lista para solicitudes futuras de Respite****

HOJAS DE INGRESO COMO DOCUMENTACIÓN

Kinship de YMCA requiere documentación que pruebe que su niño asistió a la actividad de Respite durante la cantidad de horas solicitadas. Kinship de YMCA informará al proveedor la necesidad de una hoja de ingreso/salida y que son responsables de entregárselas al programa. Sea consciente de que estas hojas de ingreso/salida firmadas se necesitan como documentación que prueba que el niño ha asistido; si no se proporcionan hojas de ingreso/salida, no se proporcionará el pago.

DESCRIPCIÓN Y REQUISITOS

Descripción de servicios de Respite elegibles:

Costo: El programa Kinship Respite solo puede aprobar a proveedores de Respite cuyas tarifas sean compatibles con la tarifa de Kinship Respite de YMCA, que en promedio es de \$6.32 por hora.

Campamentos de día: El campamento debe estar publicitado o categorizado como "campamento" (por ejemplo, Campamento de Aventura) y no puede consistir de menos de 6 horas al día. A continuación hay algunos ejemplos de campamentos y/o proveedores elegibles:

- Campamentos de YMCA: Pregunte en su sucursal local de YMCA
- Club para Niños y Niñas
- Campamentos escolares
- Campamentos comunitarios
- Campamentos de la iglesia

**** Kinship Respite no paga membresías, clases o ligas deportivas, clases de baile, fútbol infantil, clases de apoyo, gimnasia, natación).**

Campamento de día y noche: Los campamentos de día y noche deben ser proporcionados por una agencia de cuidados infantiles como YMCA, pero pueden incluir campamentos organizados por la escuela (como por ejemplo, campamento de 6to grado) u otros proveedores profesionales.

Cuidados infantiles y Cuidado matutino/vespertino (antes o después de los cuidados escolares):

- Los cuidados infantiles deben proporcionarse entre las 6am y las 8pm
- Debe consistir de un mínimo de 2 horas consecutivas por día
- Los proveedores de cuidados infantiles deben estar licenciados y mostrar pruebas de su licencia.
- Incluye programas matutinos/vespertinos de agencias, escuelas o parques/recreación.
- Debe consistir de un mínimo de dos horas consecutivas por día

Para ayuda encontrar a un proveedor de cuidado infantil en su área:

- Referencias gratuitas para el cuidado de los niños - 1-800-481-2151

Necesidades especiales: Los niños con necesidades especiales incluyen aquellos cuyo funcionamiento físico y/o mental requiere un nivel más alto de servicios que los brindados por campamentos o programas típicos. Hay campamentos especializados para niños con discapacidades físicas, autismo, asma y otras discapacidades.

- Debe consistir de un mínimo de dos horas consecutivas por día



SUCURSALES DE LA YMCA EN EL CONDADO DE SAN DIEGO

Norte del condado	Región central	Este del condado	South Bay
<p>Magdalena Ecke Family YMCA 200 Saxony Rd. Encinitas, CA 92024 (760) 942-9622 ecke.ymca.org</p>	<p>Copley-Price Family YMCA 4300 El Cajon Blvd, San Diego, CA 92105 (619) 280-29622 copley.ymca.org</p>	<p>John A. Davis YMCA 8881 Dallas St. La Mesa, CA 91942 (619) 464-1323 eastcounty.ymca.org</p>	<p>Border View Family YMCA 3601 Arey Dr San Diego, CA 92154 (619) 428-9622 borderview.ymca.org</p>
<p>Mottino Family YMCA 4701 Mesa Dr. Oceanside, CA 92056 (760) 758-0808 mottino.ymca.org</p>	<p>La Jolla YMCA 8355 Cliffridge Ave. La Jolla, CA 92037 (858) 453-3483 lajolla.ymca.org</p>	<p>Cameron Family YMCA 10123 Riverwalk Dr. Santee, CA 92071 (619) 464-1323 eastcounty.ymca.org</p>	<p>South Bay Family YMCA 1201 Paseo Magda Chula Vista, CA 91910 (619) 421-8805 southbay.ymca.org</p>
<p>Palomar Family YMCA 1050 N. Broadway Escondido, CA 92026 (760) 745-7490 palomar.ymca.org</p>	<p>Mission Valley YMCA 5505 Friars Rd. San Diego, CA 92110 (619) 298-3576 missionvalley.ymca.org</p>	<p>McGrath Family YMCA 12006 Campo Rd Spring Valley, CA 91978 (619) 449-9622 eastcounty.ymca.org</p>	<p>Jackie Robinson YMCA 151 YMCA Way San Diego, CA 92102 (619) 264-0144 jackierobinson.ymca.org</p>
<p>Rancho YMCA 9410 Fairgrove Ln. San Diego, CA 92129 (858) 484-8788 rancho.ymca.org</p>	<p>Peninsula Family YMCA 4390 Valeta St. San Diego, CA 92107 (619) 226-8888 peninsula.ymca.org</p>		
	<p>Toby Wells YMCA (de YMCA de Mission Valley) 5105 Overland Ave. San Diego, CA 92123 (858) 496-9622 missionvalley.ymca.org</p>		



DERECHOS Y POLÍTICA DE QUEJASE KINSHIP RESPITE DE YMCA

Derechos de los miembros del personal de YMCA Youth & Family Services

Todos los miembros del personal empleados por YMCA Youth & Family Services tiene derecho a los siguientes privilegios y/o derechos:

- Ser tratado como un profesional por los participantes, cuidadores, miembros de la familia, compañeros de trabajo y voluntarios.
- Se les debe otorgar un ambiente seguro y saludable.
- Se les debe otorgar un ambiente libre de: amenazas, abusos, humillación, intimidación, ridículo o abuso psicológico.

Con el fin de proteger los derechos de los miembros del personal empleado por YMCA Youth & Family Services, el incumplimiento de estos derechos puede resultar en la suspensión o eliminación de la inscripción de un participante de los servicios YMCA.

Derechos de los Participantes de YFS

Los participantes (y sus Padres/Tutor si es menor de 18 años) tienen derechos a los siguientes privilegios y/o derechos:

- Se los debe tratar con dignidad en su relación con el personal y/u otras personas.
- Se les debe otorgar un ambiente seguro y saludable durante su participación en el programa.
- Se les debe otorgar un ambiente libre de: castigos físicos, humillación, intimidación, ridículo, amenazas o abuso psicológico.
- Recibir una clara descripción del programa en el que participan, incluyendo las normas o limitaciones del programa.
- Recibir la provisión de servicios en tiempo y forma, de acuerdo con la política del programa.
- Recibir información de contacto escrita para el supervisor del programa en caso de una emergencia o queja.

Política de quejas de Kinship Respite de YMCA

Todo participante (y sus Padres/Tutor si es menor de 18 años) tiene derecho a ser informado del procedimiento adecuado relacionado con quejas, preguntas o reclamos. El procedimiento es el siguiente:

Paso #1

Contáctese con el Programa Kinship Respite: 619-281-8313 ext. 10743 y dígame que usted desea presentar una queja. La coordinadora documentará la conversación por escrito y documentará el problema y la resolución de la conversación dentro de 48-72 horas. Si no está satisfecho con el resultado de la discusión entonces siga el paso #2.

Paso #2

Si no está satisfecho con la respuesta, contáctese con el Director del Programa Kinship: **Melissa Brooks**
Teléfono: **619-281-8313 x 10743** Correo electrónico: **mbrooks@ymca.org**

El Director del Programa confirmará que el participante se comunicó primero con el Facilitador y se le devolverá el llamado dentro de las próximas 24-48 horas hábiles. El Director del Programa documentará la conversación por escrito y documentará el problema y la resolución de la conversación. Si no está satisfecho con el resultado de la discusión entonces siga el paso #3.

Paso #3

Si no está satisfecho con la respuesta, contáctese con el Director Ejecutivo de YMCA Youth & Family Services: **Danielle Zuniga**, 619-281-8313 x 10720 Correo electrónico: **dzuniga@ymca.org**



CONTRATO DEL CLIENTE: PROGRAMA DE RESPITE

Yo, (Nombre del cuidador/Cliente) _____, por la presente verifico que soy el cuidador primario del familiar menor que tengo a mi cargo. Entiendo que el Programa Kinship de YMCA es un programa voluntario y acuerdo voluntariamente con sus servicios. Doy permiso a Kinship de YMCA para que me brinde servicios a mí y a los siguientes:

(Nombres de los niños/miembros de la familia): _____

Por favor, lea lo siguiente y coloque sus iniciales:

Iniciales_____ Entiendo que la asistencia de Respite a través de Aging & Independence Services solo está disponible para familiares cuidadores en el Condado de San Diego que tienen 55 años o más, que brinden prueba de su edad.

Iniciales_____ Entiendo que mi solicitud de Respite no será procesada si está incompleta (es decir, si le falta algún documento requerido, como una fotografía de un documento de identificación o el formulario de solicitud completado). Es mi responsabilidad confirmar que mi paquete de Respite está completo y que mi solicitud será procesada. Mi paquete se debe actualizar anualmente.

Iniciales_____ Entiendo que el programa Kinship Respite tiene el derecho a aprobar o no aprobar el proveedor de Respite (es decir, campamento de YMCA, proveedor de cuidados infantiles, campamento que no sea de YMCA). Si el proveedor que solicito no es aprobado, entonces solicitaré proveedores alternativos de Respite.

Iniciales_____ Entiendo que soy elegible para recibir hasta 120 horas de Respite por niño, por año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio). La cantidad de horas que reciba podrá ser menos de 120 por niño dependiendo de cuántas horas haya disponibles cuando solicite Respite. (Por ejemplo, si solicita Respite al final del año fiscal, es posible que no queden horas disponibles.) Entiendo que las solicitudes se consideran por orden de llegada.

Iniciales_____ Entiendo que mis horas aprobadas de Respite aparecerán en el formulario de *Resumen de Respite Aprobado*, y solo se proveerá pago por estas horas. No estoy aprobado para ninguna hora que no se incluya en el formulario, y seré responsable de cualquier pago que vaya más allá de las horas aprobadas.

Iniciales_____ Entiendo que mi hijo deberá asistir la duración del Respite aprobado (el programa completo cada día), o al menos la cantidad mínima de horas como se establece en el *Resumen de Respite Aprobado*. Todas las horas aprobadas, pero no usadas, se perderán.

Iniciales_____ Entiendo que cualquier costo de registro o costo adicional más allá del servicio de Respite no quedará cubierto por el programa de Respite, y que yo seré responsable de dichos costos.

Iniciales_____ Soy consciente de que no es necesario que use este Proveedor de Respite .Entiendo que no voy a mantener a la YMCA del Condado de San Diego responsable por el cuidado de mi hijo/a mientras ellos están en el cuidado de un proveedor que no es un proveedor de la YMCA.

Iniciales_____ Entiendo que mi información personal de contacto solo se utilizará entre agencias de YMCA y proveedores/socios de AIS. Mi información personal sensible se almacenará en una base de datos segura. Los Límites de Confidencialidad me han sido divulgados (página 12) y entiendo en qué casos se violará la confidencialidad.

También existen ciertas situaciones en las que se requiere legalmente que el personal de Kinship viole la confidencialidad. Son:

- Si el personal tiene *sospecha razonable* de que el niño bajo los cuidados de un familiar cuidador es víctima de abuso infantil, sea físico o sexual, el personal debe reportar esa información a los Servicios de Protección Infantil. Esto también se aplica a sospechas de maltrato de ancianos, que se reportará a Servicios de Protección de Adultos.
- Si el personal llega a la conclusión de que el cuidador o el niño es un peligro para sí mismo o para los demás, el personal debe avisar a la policía, lo que puede resultar en mayores investigaciones, evaluaciones y una posible evaluación psiquiátrica involuntaria.
- Si el familiar cuidador o el niño amenaza dañar físicamente a otra persona, el personal está legalmente obligado a reportar la amenaza tanto a la policía como a la víctima de la amenaza.

Iniciales_____ Entiendo que no es necesario que use campamentos o proveedores de cuidados de día de YMCA. No responsabilizaré a YMCA del Condado de San Diego por los cuidados de mi niño/niños si no asisten a un campamento o programa de cuidados de día de YMCA.

Iniciales_____ Entiendo que, como persona que registra el cuidado de Respite, soy la única persona autorizada a hacer cambios a los servicios de Respite solicitados (por ejemplo, un cambio de fecha o cancelación del campamento).

Iniciales_____ Entiendo que los fondos disponibles para Respite son limitados, especialmente durante los meses de verano. La aprobación de Respite no está garantizada, incluso si ya he recibido Respite antes, y se deben hacer las solicitudes con suficiente anticipación: un mes de anticipación para las solicitudes que no sean de verano y de tres a cuatro meses para solicitudes de verano.

Iniciales_____ Entiendo que si me inscribo para un campamento u otra actividad de Respite antes de recibir la confirmación del Coordinador de Respite de que ha sido aprobada, se rechazará mi solicitud. Debo planificar con anticipación y enviar las solicitudes al menos un mes antes de cualquier registro o pago o incluso antes para las solicitudes de verano. No se aceptan los retro pagos.

Iniciales_____ Entiendo que el programa de Respite de Kinship no ofrece Respite de emergencias.

Firma del cliente/cuidador

Fecha

***Por favor adjunte una prueba de su edad al paquete de Respite completo
(fotocopia del documento de identidad, licencia de conducir, u otra manera
de probar su edad)**

Office Use Only

Care Access Q Database # _____

Proof of age verified: _____



**YMCA RESPITE CLIENT INFORMATION PACKET
(Cuidador/Guardián primario)**

Fecha: _____

* Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Apellido:	
* Fecha de Nacimiento:	
Edad*:	
* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón <input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado
* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State
* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir
	*Domicilio
*Dirección particular :	
*Ciudad	
*Zip Code & State:	
* No. de teléfono #	
*No. Celular/teléfono de trabajo	
Correo electrónico:	
*Rural	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir

*¿Vive sola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir ***Cuántas personas en el hogar_____
*Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del : <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir
* Ingreso mensual:	
*Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Relación con el menor (marcar una opción):	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Me niego a decir <input type="checkbox"/> Otra
*Estado civil (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir
Empleo (Marcar una opción):	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir
Ha recibido servicios de otro Programa Kinship de YMCA? (Marcar una opción): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ha recibido servicios de otro Programa Kinship de YMCA? (Marcar una opción): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Kinship Caregiver 2 (Spouse or other adult in the household)

Primer nombre:	
Edad*:	
No. de teléfono #	

*Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Relación con el menor (marcar una opción):	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Me niego a decir <input type="checkbox"/> Otra
*Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del : <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir

1. Child

* Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Apellido:	
* Fecha de Nacimiento:	
Edad*:	
Escuela-grado	
* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón <input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado

* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State	
* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Rural	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* ¿Vive sola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del : <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Estado civil (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
¿ Relación con el cuidador?		
Derechos legales tiene sobre este menor?	<input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))	
¿ El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Necesidad Especial:

Estado de los padres biológicos del menor:		
---	--	--

2. Child

* Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Apellido:	
* Fecha de Nacimiento:	
Edad*:	
Escuela-grado	
* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón <input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado
* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State
* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Rural	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*¿Vive sola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del :

	<input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
* Estado civil (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
¿Relación con el cuidador?		
Derechos legales tiene sobre este menor?	<input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))	
¿El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Necesidad Especial:
Estado de los padres biológicos del menor:		

3. Child

* Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Apellido:	
* Fecha de Nacimiento:	
Edad*:	
Escuela-grado	
* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón <input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado

* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State	
* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Rural	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*¿Vive sola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del : <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Estado civil (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
¿Relación con el cuidador?		
Derechos legales tiene sobre este menor?	<input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))	
¿El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Necesidad Especial:

Estado de los padres biológicos del menor:		
---	--	--

4. Child

* Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Apellido:	
* Fecha de Nacimiento:	
Edad*:	
Escuela-grado	
* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón <input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado
* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State
* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Rural	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*¿Vive sola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir
*Raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir Asia : <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia Hawaiano/De otra isla del :

	<input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	
* Etnia:	<input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Nivel de pobreza federal	<input type="checkbox"/> En o por debajo de <input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
*Estado civil (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir	
¿Relación con el cuidador?		
Derechos legales tiene sobre este menor?	<input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))	
¿El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Necesidad Especial:
Estado de los padres biológicos del menor:		

