

[Agregue el logotipo de la agencia]

## Formulario de información de sus hijos/Formulario de admisión

(Nombre de la agencia) sabe lo importante que sus hijos son para usted. Favor de llenar la siguiente información sobre cada uno de sus hijos para que podamos ayudar a su familia de la mejor manera posible. Si tiene más hijos, al reverso hay espacio adicional para que los incluya. En Texas, todos los adultos, incluido nuestro personal, deben realizar un informe si hay sospecha o se ha declarado maltrato, abuso o abandono infantil. Hable con un asesor si tiene preguntas o necesita asistencia.

Nombre	Raza/grupo étnico	Identidad de género	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Idioma preferido	Condado	¿Le interesa recibir orientación?	¿Recibe servicios aquí? De ser así, ¿qué servicios?
							<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	

### Información sobre el maltrato H

- ☐ Ninguna maltrato ☐ Maltrato físico ☐ Maltrato emocional/psicológico/abuso verbal ☐ Acecho/Acoso  
☐ Abuso/ataque sexual ☐ No sabe ☐ No responde

### Recursos de apoyo para niños

Coloque una “x” en los casilleros si necesita ayuda con alguno de los siguientes puntos. Es posible que no podamos brindarle ayuda para todo lo que necesita, pero, si completa este formulario, nos ayudará a ponerla en contacto con los recursos disponibles. Haga una lista de sus necesidades adicionales al reverso de la página.

#### ☐ Artículos esenciales

Vestimenta  
Artículos de higiene  
Alimentos/leche de fórmula  
Pañales  
Otro:

#### ☐ Escuela y cuidado infantil

Inscripción en la escuela  
Artículos escolares  
☐ Transporte Guardería  
Apoyo para padres  
Otro:

#### ☐ Información médica y de salud

Recetas médicas  
Médico  
CHIP/Seguro de salud  
Otro:

#### ☐ ¿Ha tenido un caso con los Servicios de Protección al Menor (CPS)?

- ☐ Ningún caso de CPS  
☐ Sí, un caso actual  
☐ Sí, un caso cerrado  
☐ No estoy segura

¿Le gustaría hablar con alguien sobre la manutención de los hijos o custodia de menores?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

¿Alguno de sus hijos tiene necesidades específicas o requiere asistencia especial que usted desee informarnos?

¿Tiene algún tipo de inquietud sobre cuestiones legales o de seguridad o alguna orden judicial sobre sus hijos que debamos saber?

Nombre/N.º de Id. del cliente:

Fecha:

## Hijos adicionales

Nombre	Raza/grupo étnico	Identidad de género	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Idioma preferido	Condado	¿Le interesa recibir orientación?	¿Recibe servicios aquí? De ser así, ¿qué servicios?
							<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	
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Recursos necesarios adicionales

### For Office Use Only

Funding Source (X all that apply):

☐ VAWA ☐ VOCA ☐ HHSC ☐ HHSC SNRP ☐ HHSC EIF ☐ OVAG/OAG ☐ SAPCS State ☐ SASP ☐ ESG  
☐ Unallocated ☐ Other(s): \_\_\_\_\_

☐ Rural

☐ Urban

TANF Form:

☐ Yes

☐ No

Advocate Name: \_\_\_\_\_

Enter Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exit Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Additional Staff Name(s): \_\_\_\_\_