

APLICACIÓN PARA FULL TUM, DRY BUM

Pañales y fórmula son disponibles a las familias del Condado de Henderson una vez por mes. En cada visita, cada niño recibirá dos paquetes de pañales y una lata de fórmula. Se puede recoger los pañales los viernes entre las 9am y 3pm. **Se requiere cita para conseguir sus cosas.**

Por favor llene la información abajo para que podamos mejor ayudar a su familia.



Información de Contacto

Nombre del Aplicante: _____ Edad: _____

Número de Teléfono: _____ Email: _____

Dirección de Casa: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Empleador: _____

Solicitud(es) para Pañales

Pido ayuda con pañales para:

1) **Nombre del Niño/a:** _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Talla actual de Pañal/Pull-up: _____ Fórmula (Marca/necesidad dietética especial): _____

2) **Nombre del Niño/a:** _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Talla actual de Pañal/Pull-up: _____ Fórmula (Marca/necesidad dietética especial): _____

3) **Nombre del Niño/a:** _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Talla actual de Pañal/Pull-up: _____ Fórmula (Marca/necesidad dietética especial): _____

4) **Nombre del Niño/a:** _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Talla actual de Pañal/Pull-up: _____ Fórmula (Marca/necesidad dietética especial): _____

5) **Nombre del Niño/a:** _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Talla actual de Pañal/Pull-up: _____ Fórmula (Marca/necesidad dietética especial): _____

Si necesita agregar más niños, favor de pedir segunda aplicación

¿Qué papel tiene usted en la vida de los niños nombrados arriba?

- Padre/Madre/Tutor
- Abuelo/Abuela
- Otro/a familiar o Amigo/a de la Familia
- Trabajador(a) Social, Representante de la Escuela, u Otro Proveedor de Servicios

Por favor especifique que tipo de proveedor de servicios: _____

APLICACIÓN PARA FULL TUM, DRY BUM

¿Tiene usted alguna barrera que pueda impedir su capacidad para recoger sus pañales durante el tiempo especificado?

No tengo acceso a transporte

Trabajo durante las horas de distribución

No puedo citarme por el sitio web y tendré que hacer cita por teléfono

Otra(s) barrera(s) especifique: _____

¿Cómo supo usted del programa? _____

El Children and Family Resource Center provee programación para niños y sus cuidadores de todas edades y etapas. Nos encantaría conectar a su familia con los programas que podrían satisfacer sus necesidades. Si le interesa recibir más información sobre nuestros programas, por favor llene el siguiente:

Sí, quisiera más información sobre los programas de CFRC (véase la última página).

No, no me interesa saber más sobre los programas.

Edades de los niños en su hogar: _____

Necesidades, temas, o apoyo específico que le interesa: _____

Contacto Preferido (Elija la opción mejor):

Llamada: _____

Email: _____

¿Cómo se identifica usted su raza y/o etnicidad? Favor de marcar todos que se apliquen.

Negro, Afro-Caribeño, o Africano-Americano

Blanco, Blanco No-Hispano, o Euro-Americano

Asiático Oriental o Asiático-Americano

Latinx o Hispano-Americano

Mediooriental o Árabe-Americano

Indígena, Americano Nativo, o Indígena de Alaska

Indígena de Hawaii o de las Islas Pacíficas

Asiático Sureño o Indio-Americano

Otro: _____

¿Cómo se identifica usted su género?

Femenina

Masculino

No binario/tercer género

Prefiero describirme: _____

Prefiero no decir