



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

Complete ALL sections, sign, and date application
Completar TODAS las secciones, firmar y fechar la solicitud

First Name <i>(Primer Nombre)</i>	MI <i>(IM)</i>	Last Name <i>(Apellido)</i>	Gender (Sexo) <input type="checkbox"/> Male <i>(Masculino)</i> <input type="checkbox"/> Female <i>(Femenino)</i>	Application Date <i>(Fecha de la Solicitud):</i> __/__/__	Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i> __/__/__	Receiving WIC <input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>
---	--------------------------	---------------------------------------	---	--	--	---

Primary Language (Idioma Principal) <input type="checkbox"/> English <i>(Ingles)</i> <input type="checkbox"/> Spanish <i>(Español)</i> <input type="checkbox"/> Other Specify <i>(Otro Especificar)</i> _____	Secondary Language (Idioma Secundario) <input type="checkbox"/> English <i>(Ingles)</i> <input type="checkbox"/> Spanish <i>(Español)</i> <input type="checkbox"/> Other Specify <i>(Otro Especificar)</i> _____
---	--

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (INFORMACION DE PADRES/GUARDIÁN)

Ethnicity <i>(Etnicidad)</i>	Race <i>(Raza)</i>	Food Stamp <i>(Cupones para Alimentos) /SNAP</i>	Highest Education Completed-Please Check One <i>(Educación Superior completada por favor marque uno)</i>
<input type="checkbox"/> Hispanic <i>(Hispano)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic Black <i>(Negro hispano)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic White <i>(Blanco Hispano)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic Cuban <i>(Cubano hispano)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic Mexican <i>(Mexicano hispano)</i> <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino <i>(Otro Hispano/ Latino)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic Puerto Rican <i>(Puertorriqueño hispano)</i>	<input type="checkbox"/> American Indian and Alaska Native <i>(Indio Americano y nativo de Alaska)</i> <input type="checkbox"/> Asian Indian <i>(Indio asiático)</i> <input type="checkbox"/> Black or African American not Hispanic <i>(Negro o Afroamericano no hispano)</i> <input type="checkbox"/> Chinese <i>(chino)</i> <input type="checkbox"/> Filipino <i>(filipino)</i> <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <i>(guameña o chamorro)</i> <input type="checkbox"/> Japanese <i>(Japonés)</i> <input type="checkbox"/> Korean <i>(Coreano)</i> <input type="checkbox"/> Multi-Racial <i>(Multiracial)</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <i>(Nativo hawaiano)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> <input type="checkbox"/> Other Asian <i>(Otros asiáticos)</i> <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <i>(Otras Islas del Pacífico)</i> <input type="checkbox"/> Samoan <i>(Samoano)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(Desconocido)</i> <input type="checkbox"/> Vietnamese <i>(vietnamita)</i> <input type="checkbox"/> White not Hispanic <i>(Blanco no hispano)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	Bachelor or Advanced Degree <i>(Licenciatura o Título Avanzado)</i> <input type="checkbox"/> Bachelor's <i>(Licenciatura)</i> <input type="checkbox"/> Master's <i>(Maestría)</i> <input type="checkbox"/> Doctorate <i>(Doctorado)</i> <input type="checkbox"/> College Degree or Training School Certificate <i>(Título Universitario o Certificado en Escuela Vocacional)</i> <input type="checkbox"/> Child Development Associate (CDA) <i>(Asociado en Desarrollo Infantil)</i> <input type="checkbox"/> ESL <i>(Ingles Segundo Idioma)</i> <input type="checkbox"/> General Education Development <i>(Desarrollo de educación general)</i> Grade Level (Nivel de Grado) <input type="checkbox"/> Grade 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Grade 12 <input type="checkbox"/> Grade 9 or Less <i>(o menos)</i> <input type="checkbox"/> High School Graduate <i>(Diploma De Escuela Secundaria)</i> <input type="checkbox"/> No High School <i>(No Escuela Secundaria)</i> <input type="checkbox"/> Some College <i>(Algo de Education Superior)</i> <input type="checkbox"/> Vocational <i>(Vocacional)</i> <input type="checkbox"/> Associate's Degree <i>(Título Asociado)</i>



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

Education Completion Date (Fecha que Completó la Educación) _____

Completed a job training program, professional certificate, or license
(Completo un programa de entrenamiento para un trabajo, certificado profesional, o licencia) Yes (Sí) No (No)

Program Completion Date (Fecha que completó el Programa) _____

EMPLOYMENT INFORMATION (INFORMACION DE TRABAJO)

Employment Status (Estado De Empleo)

Homemaker (Ama de Casa) Student (Estudiante) Unemployed (Desempleado)
 Work-Part-time (Trabajo a medio tiempo) Work-Full-time (Trabajo a tiempo completo)

Employer/School Name (Nombre de Empleador/Escuela) _____

Average # of Hours/Week (Promedio de # horas/semana) _____

Member of US Military on Active Duty (Miembro del Ejército de EU en Servicio Activo) Yes (Sí) No (No)

Veteran of the United States Military (Veterano del Ejército de los Estados Unidos) Yes (Sí) No (No)

E-Mail (Correo Electrónico)	Home Phone # (Teléfono de Casa)	Cell Phone (Teléfono Celular)	Consents to Receive Text Messages (Consentimiento para Recibir Mensajes de Texto) <input type="checkbox"/>	Work Phone (Teléfono del trabajo)	County (Condado)
------------------------------------	--	--------------------------------------	--	--	-------------------------

Home Address (Dirección de residencia)	City (Ciudad)
---	----------------------

Township (Municipio)	County (Condado)
<input type="checkbox"/> Rural (área rural) <input type="checkbox"/> Urban (área urbana) <input type="checkbox"/> Metropolitan (área metropolitana)	State (Estado)
	Zip code (Código postal)

FAMILY INFORMATION (INFORMACION DE FAMILIA)

Family Structure (Estructura Familiar)	Parents/Guardian(s) Best Descriptor (Mejor Descripción de Padres/Guardián (es))
<input type="checkbox"/> Single Parent/Persons (Padre/Persona Soltero) <input type="checkbox"/> Two Parent/Persons (Dos Padres/Personas)	<input type="checkbox"/> Parents (Biological, Adoptive, Stepparents, etc.) Padres (Biológicos, Adoptivos, Padrastros, etc.) <input type="checkbox"/> Grandparents (Abuelos) <input type="checkbox"/> Relatives other than Grandparents (Otros Familiares además de Abuelos) <input type="checkbox"/> Foster Parents not Including Relatives (Padres de Crianza sin Incluir Familiares) <input type="checkbox"/> Other _____ Otros

Family Type (Tipo de Familia)	
<input type="checkbox"/> Single Parent/Female (Padre Soltero/Femenina) <input type="checkbox"/> Single Parent/Male (Padre Soltero/Masculino) <input type="checkbox"/> Two Parent (Dos Padres) <input type="checkbox"/> Two Parent Unmarried (Dos Padres Sin Casarse) <input type="checkbox"/> Single Parent (Padre Soltero)	<input type="checkbox"/> Two Adults/no Children (Dos Adultos/no niños) <input type="checkbox"/> Nonrelated Adults with Children (Adultos no relacionados con el Niño) <input type="checkbox"/> Multigenerational Household (Hogar Multigeneracional) <input type="checkbox"/> Unknown/Not Reported (Desconocido/No Reportado) <input type="checkbox"/> Other Otro

Number in Family (Cuántos son de familia) _____	Number in Household (Cuántos son en el hogar) _____
--	--

Marital Status (Estado Civil)

Married (Casado) Single (Soltero) Divorced (Divorciado)
 Separated Formally (Formalmente Separado) Separated Informally (Separado Informalmente) Other (Otro)



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

Name of Household Members <i>(Nombre de los miembros del hogar)</i>	Relationship to HIPPY Child <i>(Relación con el niño de HIPPY)</i>	Name of Household Member <i>(Nombre de los miembros del hogar)</i>	Relationship to HIPPY Child <i>(Relación con el niño de HIPPY)</i>
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	
Disabled <i>(Discapacitado)</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>		Medical Insurance <i>(Seguro de salud)</i> (This is insurance that covers the child/children) <i>(Este es el seguro de salud que cubre al niño/niños)</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	
Specify Medical Insurance, If applicable <i>(Especificar seguro médico, si aplica)</i> <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> AHA Care <input type="checkbox"/> ARKids A <input type="checkbox"/> ARKids B <input type="checkbox"/> Blue Advantage <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> CareFirst <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private Health Coverage <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> United Health Care			Family Advocate (Home Visitor) <i>(Aboga por la Familia (Visitante al Hogar))</i> <hr/>
Pregnant Mother Before Enrollment <i>(Madre Embarazada antes de la Solicitud)</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(No)</i> Expected Delivery Date <i>(Fecha que espera aliviarse)</i> <hr/>	Current Housing <i>(Domicilio Actual)</i> <input type="checkbox"/> Homeless <i>(Sin hogar)</i> <input type="checkbox"/> Own <i>(propietario)</i> <input type="checkbox"/> Rent <i>(rentando)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> <input type="checkbox"/> Other Permanent Housing <i>(Otra Vivienda Permanente)</i> <input type="checkbox"/> Unknown/Not Reported <i>(Desconocido/No Reporto)</i> Current Housing Date <i>(Fecha Actual de Vivienda)</i> _____	Previous Housing <i>(Domicilio Anterior)</i> <input type="checkbox"/> Homeless <i>(Sin hogar)</i> <input type="checkbox"/> Own <i>(Propietario)</i> <input type="checkbox"/> Rent <i>(Renta)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> <input type="checkbox"/> Other Permanent Housing <i>(Otra Vivienda Permanente)</i> <input type="checkbox"/> Unknown/Not Reported <i>(Desconocido/No Reporto)</i>	



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

SECONDARY CAREGIVER INFORMATION (INFORMACION DEL CUIDADOR SECUNDARIO)					
First Name <i>Nombre</i>	MI <i>IM</i>	Last Name <i>Apellido</i>	Gender (Sexo) <input type="checkbox"/> Male (<i>Masculino</i>) <input type="checkbox"/> Female (<i>Femenino</i>)	Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	
Primary Language (Idioma Principal) <input type="checkbox"/> English (<i>Inglés</i>) <input type="checkbox"/> Spanish (<i>Español</i>) <input type="checkbox"/> Other Specify (<i>Otro Especificar</i>) _____			Secondary Language (Idioma Secundario) <input type="checkbox"/> English (<i>Inglés</i>) <input type="checkbox"/> Spanish (<i>Español</i>) <input type="checkbox"/> Other Specify (<i>Otro Especificar</i>) _____		
Ethnicity (<i>Etnicidad</i>)	Race (<i>Raza</i>)	Employment Status (<i>Estado De Empleo</i>)			
<input type="checkbox"/> Hispanic (<i>Hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Black (<i>Negro hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic White (<i>Blanco Hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Cuban (<i>Cubano hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Mexican (<i>Mexicano hispano</i>) <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino (<i>Otro Hispano/ Latino</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Puerto Rican (<i>puertorriqueño hispano</i>)	<input type="checkbox"/> American Indian and Alaska Native (<i>Indio Americano y nativo de Alaska</i>) <input type="checkbox"/> Asian Indian (<i>asiático</i>) <input type="checkbox"/> Black or African American not Hispanic (<i>Negro o Afroamericano no hispano</i>) <input type="checkbox"/> Chinese (<i>chino</i>) <input type="checkbox"/> Filipino (<i>filipino</i>) <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro (<i>guameña o chamorro</i>) <input type="checkbox"/> Japanese (<i>Japonés</i>) <input type="checkbox"/> Korean (<i>Coreano</i>) <input type="checkbox"/> Multi-Racial (<i>Multirracial</i>) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian (<i>Nativo hawaiano</i>) <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>) <input type="checkbox"/> Other Asian (<i>Otros asiáticos</i>) <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (<i>Otras islas del Pacífico</i>) <input type="checkbox"/> Samoan (<i>Samoano</i>) <input type="checkbox"/> Unknown (<i>Desconocido</i>) <input type="checkbox"/> Vietnamese (<i>vietnamita</i>) <input type="checkbox"/> White not Hispanic (<i>Blanco no Hispano</i>)	<input type="checkbox"/> Work-Full-time (<i>Trabajo a tiempo completo</i>) <input type="checkbox"/> Work-Part-time (<i>Trabajo a medio tiempo</i>) <input type="checkbox"/> Employed Seasonal (<i>Empleado por temporada</i>) <input type="checkbox"/> Farmer (<i>Agricultor</i>) <input type="checkbox"/> Full-time and Training (<i>A tiempo completo y entrenamiento</i>) <input type="checkbox"/> Homemaker (<i>Ama de Casa</i>) <input type="checkbox"/> Job Training or in School (<i>Entrenamiento del trabajo o en la Escuela</i>) <input type="checkbox"/> Job Training/School (part-time) (<i>Entrenamiento del Trabajo/Escuela a medio tiempo</i>) <input type="checkbox"/> Migrant Farm Worker (<i>Trabajador Agricultor Migrante</i>) <input type="checkbox"/> Retired or Disabled (<i>Retirado o Discapacitado</i>) <input type="checkbox"/> Seasonal Farm Worker (<i>Trabajador Agricultor por temporada</i>) <input type="checkbox"/> Self-Employed (<i>Trabajo por Cuenta Propia</i>) <input type="checkbox"/> Unemployed (Long-Term, More than 6 Months) (<i>Desempleado (Por largo tiempo, más de 6 meses)</i>) <input type="checkbox"/> Unemployed (Not in Labor Force) (<i>Desempleado (No en la Fuerza Laboral)</i>) <input type="checkbox"/> Unemployed (Short-Term, 6 Months or less) (<i>Desempleado (Por corto tiempo, 6 meses o menos)</i>) <input type="checkbox"/> Unknown <i>Desconocido</i>			
		Employer/School Name (Nombre de Empleador/Escuela): _____			
		Average # of Hours/Week (Promedio de # de Horas/Semana) _____			



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

Highest Education Completed-Please Check One
(Educación Superior completada por favor marque uno)

Bachelor or
Advanced Degree (*Licenciatura o Título Avanzado*)

- Bachelor's (*Licenciatura*)
- Master's (*Maestría*)
- Doctorate (*Doctorado*)

College Degree or Training School Certificate

Child Development Associate (CDA) (*Asociado en Desarrollo Infantil*)

ESL

General Education Development (*Desarrollo de educación general*)

Grade Level (Nivel de Grado)

Grade 10 Grade 11 Grade 12

Grade 9 or Less

High School Graduate (*Diploma De Escuela Secundaria*)

No High School (*No Escuela Secundaria*)

Some College (*Algo de Education Superior*)

Vocational (*Vocacional*)

Associate's (*Asociado*)

Education Completion Date (Fecha que Completó la Educación) _____

Completed a job training program, professional certificate, or license

(Completo un programa de entrenamiento para un trabajo, certificado profesional, o licencia) Yes (*Si*) No (*No*)

Program Completion Date (Fecha que completó el Programa) _____

Member of US Military on Active Duty (Militar activo) Yes (*Si*) No

Veteran of the United States Military (Veterano del Ejército de los Estados Unidos) Yes (*Si*) No

E-Mail (Correo Electrónico) _____

Contact Information

Home Phone # (Teléfono de Casa)	Cell Phone (Celular)	Consents to Receive Text Messages (Consentimiento para Recibir Mensajes de Texto) <input type="checkbox"/>	Work Phone (Teléfono del trabajo)	County (Condado)
Home Address (Dirección de residencia)		City (Ciudad)		
Township (Municipio) <input type="checkbox"/> Rural (<i>área rural</i>) <input type="checkbox"/> Urban (<i>área urbana</i>) <input type="checkbox"/> Metropolitan (<i>área metropolitana</i>)			County (Condado)	
			State (Estado)	
			Zip (Código postal)	
Home Phone # (Teléfono de Casa)	Cell Phone (Celular)	Work Phone (Teléfono de trabajo):	E-Mail (Correo Electrónico)	
Disabled (Discapacitado) <input type="checkbox"/> Yes (<i>Si</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)				



HIPPY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

INCOME INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS)

Income (Entrada)		Primary Caregiver (Cuidador Principal)			Secondary Caregiver (Cuidador Secundario)		
Employment (Empleo)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	
Unemployment (Desempleo)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	
Other Income (Especificar origen) (Otra entrada- Especificar ___)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	\$	Weekly (Semanal) Bi-Weekly (Quincenal) Monthly (Mensual) Semi-Monthly (Semi mensual) Yearly (Anual)	X _____ per year (por año)	

Check all applicable (Marque todos los que apliquen)

No Income (No Ingresos)
 Receive SSI (Recive SSI)
 Receive TANF (Recive TANF)



HIPPIY Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

CHILD INFORMATION (INFORMACION DEL NIÑO)

First Name <i>Nombre</i>	MI <i>IM</i>	Last Name <i>Apellido</i>	Application Date <i>(Fecha de la Aplicación)</i>	Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	Gender (Sexo) <input type="checkbox"/> Male (<i>Masculino</i>) <input type="checkbox"/> Female (<i>Femenino</i>)
------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	--	--	---

<p>9 Does your child speak a language other than English? <i>(¿Su hijo habla algún otro lenguaje además del Inglés?)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)</p> <p>Primary Language (Idioma Principal)</p> <p><input type="checkbox"/> English (<i>Inglés</i>) <input type="checkbox"/> Spanish (<i>Español</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Other Specify (<i>Otro Especificar</i>) _____</p>	<p>Is a language other than English spoken in your home? <i>(¿Se habla algún otro lenguaje en su casa además del Inglés?)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)</p> <p>Secondary Language (Idioma Secundario)</p> <p><input type="checkbox"/> English (<i>Inglés</i>) <input type="checkbox"/> Spanish (<i>Español</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Other Specify (<i>Otro Especificar</i>) _____</p>
--	--

<p>Speak English at Home (Habla Inglés en Casa)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)</p> <p>Dual Language Learner (Estudiante de Dos Idiomas)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)</p> <p>Dual Language Program (Programa en Dos Idiomas)</p> <p><input type="checkbox"/> Two Way Immersion (<i>Inmersión bidireccional</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> One Way Immersion (<i>Inmersión Unidireccional</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Not in a Dual Language Program (<i>No en un Programa en dos Idiomas</i>)</p>	<p>English Skills (Habilidades de Inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Very Well (<i>Muy Bien</i>) <input type="checkbox"/> Well (<i>Bueno</i>) <input type="checkbox"/> Not Well (<i>No muy bien</i>) <input type="checkbox"/> Not at All (<i>No en lo absoluto</i>)</p> <p>Language of Instruction (Idioma de Educación)</p> <p><input type="checkbox"/> English (<i>Inglés</i>) <input type="checkbox"/> Spanish (<i>Español</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Other Specify (<i>Otro Especificar</i>) _____</p> <p>U S Citizenship (Ciudadano estadounidense / Residente Legal)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>No</i>)</p>
--	--

Ethnicity (Etnicidad)	Race (Raza)																		
<input type="checkbox"/> Hispanic (<i>Hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Black (<i>Negro hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic White (<i>Blanco Hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Cuban (<i>Cubano hispano</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Mexican (<i>Mexicano hispano</i>) <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino (<i>Otro Hispano/Latino</i>) <input type="checkbox"/> Hispanic Puerto Rican (<i>puertorriqueño hispano</i>)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> American Indian and Alaska Native (<i>Indio Americano y nativo de Alaska</i>)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Multi-Racial (<i>Multiracial</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asian Indian (<i>Indio asiático</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Native Hawaiian (<i>Nativo hawaiano</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Black or African American not Hispanic (<i>Negro o Afroamericano no hispano</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chinese (<i>chino</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Other Asian (<i>Otros asiáticos</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Filipino (<i>filipino</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (<i>Otras Islas del Pacífico</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro (<i>guameña o chamorro</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Samoan (<i>Samoano</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Japanese (<i>Japonesés</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Unknown (<i>Desconocido</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Korean (<i>Coreano</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamese (<i>vietnamita</i>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> White not Hispanic (<i>Blanco no hispano</i>)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> American Indian and Alaska Native (<i>Indio Americano y nativo de Alaska</i>)	<input type="checkbox"/> Multi-Racial (<i>Multiracial</i>)	<input type="checkbox"/> Asian Indian (<i>Indio asiático</i>)	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian (<i>Nativo hawaiano</i>)	<input type="checkbox"/> Black or African American not Hispanic (<i>Negro o Afroamericano no hispano</i>)	<input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>)	<input type="checkbox"/> Chinese (<i>chino</i>)	<input type="checkbox"/> Other Asian (<i>Otros asiáticos</i>)	<input type="checkbox"/> Filipino (<i>filipino</i>)	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (<i>Otras Islas del Pacífico</i>)	<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro (<i>guameña o chamorro</i>)	<input type="checkbox"/> Samoan (<i>Samoano</i>)	<input type="checkbox"/> Japanese (<i>Japonesés</i>)	<input type="checkbox"/> Unknown (<i>Desconocido</i>)	<input type="checkbox"/> Korean (<i>Coreano</i>)	<input type="checkbox"/> Vietnamese (<i>vietnamita</i>)		<input type="checkbox"/> White not Hispanic (<i>Blanco no hispano</i>)
<input type="checkbox"/> American Indian and Alaska Native (<i>Indio Americano y nativo de Alaska</i>)	<input type="checkbox"/> Multi-Racial (<i>Multiracial</i>)																		
<input type="checkbox"/> Asian Indian (<i>Indio asiático</i>)	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian (<i>Nativo hawaiano</i>)																		
<input type="checkbox"/> Black or African American not Hispanic (<i>Negro o Afroamericano no hispano</i>)	<input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>)																		
<input type="checkbox"/> Chinese (<i>chino</i>)	<input type="checkbox"/> Other Asian (<i>Otros asiáticos</i>)																		
<input type="checkbox"/> Filipino (<i>filipino</i>)	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (<i>Otras Islas del Pacífico</i>)																		
<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro (<i>guameña o chamorro</i>)	<input type="checkbox"/> Samoan (<i>Samoano</i>)																		
<input type="checkbox"/> Japanese (<i>Japonesés</i>)	<input type="checkbox"/> Unknown (<i>Desconocido</i>)																		
<input type="checkbox"/> Korean (<i>Coreano</i>)	<input type="checkbox"/> Vietnamese (<i>vietnamita</i>)																		
	<input type="checkbox"/> White not Hispanic (<i>Blanco no hispano</i>)																		

Social Security Number (# Seguro Social)

____ / ____ / ____



HIPPY Enrollment Application
(Solicitud de Inscripción)

Child Information (Información Del Niño)

Eligibility Information (Información) Check all that apply (Marque todas las aplicables)

Parental Status (Single Parent) (Estado Parental (Padre Soltero))

- Teen Parent (*Padre Adolescente (menor de 18 años)*) Disabled Parent (*Padre Descapacitado*)
 Foster Parent (*Padre Cuidado de crianza temporal*) Active Male (*Hombre activo*) Homeless (*sin hogar*)
 Group Home (*Casa de grupo*) Student Parent (*Padre estudiante*)
 Migrant Parent (*Padre Migrantes*) Grandparent (*Abuelo*)

Guardian (Guardián) Yes (*Sí*) No (*No*) **Dual Custody (Custodia compartida con otro Padre/ guardián)** Yes (*Sí*) No (*No*)

In Foster Care during current program year (En cuidado de crianza temporal durante el año actual del programa)

Yes (*Sí*) No (*No*)

Resides W/Guardian 1 (Reside con el guardian 1)

- 0-25% of Time (*0-25% del tiempo*) 26%-50% of Time (*26%-50% del tiempo*)
 51%-74% of Time (*51%-74% del tiempo*) 75%-100% of Time (*75%-100% del tiempo*)

Resides W/Guardian 2 (Reside con el guardian 2)

- 0-25% of Time (*0-25% del tiempo*) 26%-50% of Time (*26%-50% del tiempo*)
 51%-74% of Time (*51%-74% del tiempo*) 75%-100% of Time (*75%-100% del tiempo*)

Relation to Primary Caregiver (Relación con el Primer Cuidador) _____

Relation to Secondary Caregiver (Relación con Cuidador Secundario) _____

Special Need (Necesidades Especiales) Yes (*Sí*) No (*No*)

Does your child have a diagnosed disability? (¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada?) Yes (*Sí*) No (*No*)

Does your child have a suspected disability? (¿Su hijo tiene una discapacidad que se sospecha?) Yes (*Sí*) No (*No*)



HIPPI Enrollment Application (Solicitud de Inscripción)

Child Information (Información Del Niño)

Check all that apply (Marque todas las aplicables)

<input type="checkbox"/> Child Protective Services (<i>Servicios de Protección Infantil</i>)	<input type="checkbox"/> Non-English Speaking/LEP (<i>No Ingles</i>)	<input type="checkbox"/> IDEA	<input type="checkbox"/> History of Abuse/Neglect/Victim (<i>Historia de Abuso/Negligencia Victima</i>)
<input type="checkbox"/> Active Duty (<i>Servicio Activo</i>)	<input type="checkbox"/> Title I Eligible (<i>Elegible Título I</i>)	<input type="checkbox"/> In Foster Care During Current Program Year (<i>En cuidado de crianza temporal durante el año actual del programa</i>)	<input type="checkbox"/> Waiver-Income (<i>Renuncia a los ingresos</i>)
<input type="checkbox"/> Developmental Delay (<i>Retraso en el desarrollo</i>)	<input type="checkbox"/> Incarcerated Parent (<i>Padres Encarcelados</i>)		<input type="checkbox"/> Waiver-Age (<i>Renuncia a la edad</i>)
<input type="checkbox"/> Non-parental custody/not living with mother/father (<i>Custodia por no-padres/no vive con la madre/padre</i>)	<input type="checkbox"/> Severely Handicapped (<i>Discapacidad grave</i>)	<input type="checkbox"/> Waiver-Kindergarten (<i>Renuncia al Kindergarten</i>)	<input type="checkbox"/> No HS Diploma (<i>Sin Diploma de escuela secundaria</i>)
<input type="checkbox"/> Arrested/Convicted of Drug Offense (<i>Detenido por delitos relacionados con drogas</i>)	<input type="checkbox"/> Low Birth Weight (<i>Bajo peso al nacer</i>)	<input type="checkbox"/> Waiver (<i>Renuncia</i>)	<input type="checkbox"/> Substance Abuse/Addiction (<i>Abuso de Sustancias/Adicciones</i>)
<input type="checkbox"/> Parent <18 Years of Age at Child's Birth (<i>Padre Adolescente (menor de 18 años)</i>)	<input type="checkbox"/> Parents Cannot Read (<i>Los Padres no Pueden Leer</i>)	<input type="checkbox"/> Enrolled in Little Learners (<i>Inscrito en HIPPI Pequeños Aprendices</i>) <input type="checkbox"/> Enrolled in HIPPI Year 1 (<i>Inscrito en HIPPI año 1</i>) <input type="checkbox"/> Enrolled in HIPPI Year 2 (<i>Inscrito en HIPPI año 2</i>) <input type="checkbox"/> Enrolled in HIPPI Year 3 (<i>Inscrito en HIPPI año 3</i>)	

School District Name (Distrito Escolar) _____



HIPPY Enrollment Application
(Solicitud de Inscripción)

Child Services Currently Being Received *(Servicios infantiles que actualmente está recibiendo)*
(Check all that Apply) *(Marque todos los que apliquen)*

Therapy *(Terapia)*

- Occupational *(Ocupacional)* Physical *(Físico)* {Disability Tab} Speech *(Habla)* {Disability Tab} Hearing *(Audición)* {Medical Tab}
- Vision *(Visión)* {Medical Tab}
- Emotional/Behavioral *(Emocional/conductual)* {Mental Health Tab, Services provided by MHP}

Nutrition *(Nutrición)*

{Case Notes Tab, Category Drop Down, Nutrition, Case Note-Type which one}

- Free/Reduced Lunch *(Almuerzo Gratis/Reducido)* WIC

Education and Child Care *(Educación y Cuidado de Niños)*

- HIPPY Only *(HIPPY únicamente)*
- Head Start *(Programa Head Start)*
- Kindergarten *(Kinder)*
- School-Based Prekindergarten *(Servicio Educativo de Kinder)*
- Center-Based Preschool *(Servicio Educativo preescolar)*
- In-Home Daycare/Childcare *(Guardería/cuidado en casas)*
- In the Care of Relatives or Friends *(En el cuidado de parientes o amigos)*

Miscellaneous *(misceláneo)*

- Other Home Visiting Program *(Otro programa de Visitas al Hogar)*
- Other Child Service *(Otro Servicio para niños)*

How did you learn about HIPPIY? *(¿Cómo se enteró de HIPPIY?)*

Ages of other siblings in the home *(Edades de otros hermanos en el hogar)*



HIPPY Enrollment Application
(Solicitud de Inscripción)

I declare under the penalty of perjury and the rules and regulations of the MIECHV program that the information supplied is true and correct at the time of application. I understand that the information I supplied may be independently verified and that any false statements may result in exclusion from programs and criminal prosecution.

(Declaro bajo pena de perjurio y las reglas y regulaciones del programa MIECHV que la información proporcionada es verdadera y correcta en el momento de la solicitud. Entiendo que la información que proporciono puede ser verificada de forma independiente y que cualquier declaración falsa puede resultar en la exclusión de los programas y la persecución penal.)

Parent/Guardian Print Name *(Escriba su Nombre)*

Parent/Guardian Signature *(Firma de Padre/Guardián)*

Date *(Fecha)*

AGENCY/PROGRAM USE ONLY (must be completed): *AGENCIA / USO DEL PROGRAMA SOLAMENTE (debe ser completado)*

Primary Curriculum Language Being Used *(Plan de estudios Idioma principal que se utiliza)*

- English *(Inglés)* Spanish *(Español)* Both *(Ambos)*
- HIPPY Little Learners *(HIPPY Pequeños Aprendices)* HIPPY Year 1 *(1 año de HIPPY)*
- HIPPY Year 2 *(2 año de HIPPY)* HIPPY Year 3 *(3 año de HIPPY)*

Number of Children Enrolled in HIPPY *(Número de niños inscritos en HIPPY) :*

- One *(Uno)* Two *(Dos)* More than Two *(Más de dos)*