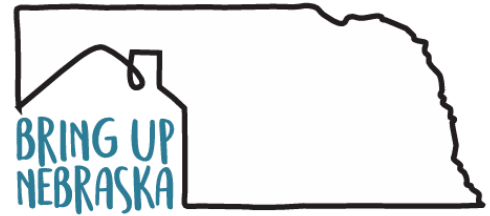


Información que se debe proporcionar sobre los padres/tutores

FORMA PARA LAS CONEXIONES DE RECURSOS Y APOYO



SUPPORTIVE COMMUNITIES ▲ THRIVING FAMILIES

Bring Up Nebraska is administered by Nebraska Children and Families Foundation.

NOMBRE LEGAL COMPLETO	
Nombre de Pila	Segundo Nombre
Apellido	Nombre Preferido

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? (por favor, elija 1)	
<input type="checkbox"/> Médico/Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet
<input type="checkbox"/> Terapeuta/Proveedor de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Bienestar Infantil	<input type="checkbox"/> Maestro/Personal de la Escuela
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Medicaid/Seguros	<input type="checkbox"/> Cuidador Infantil
<input type="checkbox"/> Administrador-SNAP/Otro Beneficio Económico	<input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales
<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)	<input type="checkbox"/> Proveedor/Iglesia de Servicios Sociales sin fines de lucro
Otro (si corresponde)	

¿CUÁL ES TU NECESIDAD URGENTE? (por favor, marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Vida Diaria (ropa, higiene, teléfono)	<input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta, psicólogo, etc.)
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Asistencia para Padres
<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Salud Física (Médico)
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Uso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Finanzas	<input type="checkbox"/> Relaciones de Apoyo
<input type="checkbox"/> Habilidades Generales para la Vida	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Utilidades
<input type="checkbox"/> Ayuda Legal	<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Número de Teléfono ____ - ____ - _____	Dirección de Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____	Dirección (si no tiene vivienda estable, ingrese solo su código postal)		
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

