

Child and Family Center -180 Fairfield Ave., Bridgeport, CT 06604 – 4252
Aplicación de Abuelos Mentores – Programa de Mentores para Niños
203 394 -6529 ext. 3044

Fecha: _____

Srta. /Sra. /Sr. _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Seguro Social #: _____ Fecha Nacimiento: _____ Edad: ____

Casado/a: ____ Soltero ____ Viudo/a: ____ Divorciado/a: ____ Adonde Nació: _____

Cuantos años Escolares tiene? (Circule Uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Universidad: 13 14 15 16 Especialidad Mayor: _____ Especialidad Menor: _____

Ocupación(s) Anteriores: _____

Idioma(s): Ingles ____ Español ____ Otros: _____

Membresías en Clubes y/o otras Organizaciones: _____

El Nombre y Dirección de su Medico:

Condición física: Excelente ____ Buena ____ Favorable ____ Pobre ____

Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la persona a quien contactar en caso de emergencia: _____

Parentesco: _____

Si usted es aceptado como un/a Abuelo Mentor que clase de transportación va usar:
____ Carro propio ____ Vía publica ____ Van de Incapacitados ____ Viajar con
otro/as ____ Otra forma: _____

(Si va a manejar su propio Vehículo favor de proveernos con una copia de su Licencia de conducir y su tarjeta de seguro reciente) Numero de Licencia #: _____ Fecha de Expiración: _____ Compañía de Seguro: _____ Fecha de Expiración: _____

Numero de personas que viven en su hogar _____

Año Actual
Fuentes de Ingresos y Cantidad

Yo, _____, Asigno a
_____ en _____

Seguro Social \$ _____

SSI \$ _____

Teléfono: _____

Asistencia Publica \$ _____

Que sea mi beneficiado en caso de un accidente
relacionado con el programa que cause mi muerte.

Pagos o Salarios \$ _____

Deducibles Médicos: (-) _____

Ingresos estimados para los próximos doce (12) meses

Total: \$ _____

Como supo usted del programa de Abuelos Mentores? _____

Referencias: (Por favor que no sean familiares)

Nombre	Dirección	Teléfono #	Cuanto hace que se conocen?
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

La Directora del Proyecto llamara a las personas que usted ha sometido como referencia.
Toda información será confidencial.

Yo, el/la solicitante para el Programa de Abuelos Mentores entiendo que la
aceptación a dicho programa depende de la disponibilidad de fondos, del lugar de
ubicación, el chequeo policial, el informe de salud del medico, la aprobación de la
Directora del Programa y de la/el supervisor de lugar de trabajo.

(Firma de Solicitante)

(Fecha de Firma)