

Programa de Fortalecimiento de Familias

Formulario de Admisión

APPROVED
SFUSD neither endorses nor sponsors
the organization or activity described in
this document. This distribution is
provided as a community service.
By SuK at 12:27 pm, Jan 05, 2017
Expires in 90 Days.

Nombre del padre/madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

El Nombre del Joven: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre con discapacidad ☐ SI ☐ NO

Joven con discapacidad ☐ SI ☐ NO

Tienen alguna alergia a los alimentos? _____

Información opcional: (Esta información será mantenida confidencial)

☐ Caso de CPS

☐ Caso de Justicia Penal

☐ Caso de Abuso de Sustancias

☐ Asistencia Temporal para
Familias Necesitadas (TANF)

1. ¿Cómo se enteró sobre el Programa de Fortalecimiento de Familias?

2. ¿Qué te gustaría obtener de este programa?

3. ¿Están usted y su hijo dispuesto a comprometerse con un programa de 14 semanas para una mejor relación de su familia? Pueden comunicarse en Español?

4. ¿Tiene niños pequeños que usted va a traer al programa que se necesitaran cuidado de niños? Si es así ¿cuáles son sus nombres y edades?

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Por Favor de mandar su aplicación al fax: (415) 487-6724

o e-mail: hramos@horizons-sf.org

o llamar al (415) 487-6707 para llenarla por telefono

