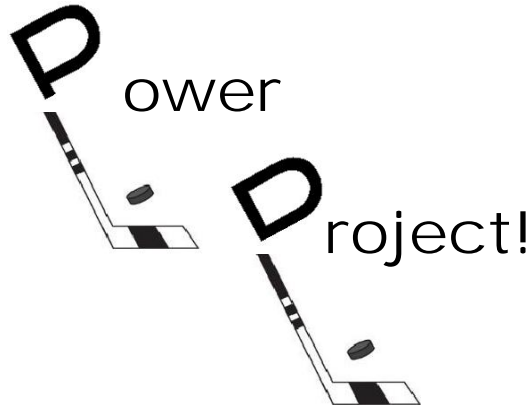




Community Affairs Division's



APLICACION DE PROGRAMA – PORFAVOR DE IMPRIMIR

TARIFA DE SOLICITUD NO REEMBOLSABLE: \$25.00

Nombre: _____ Mujer Hombre

Dirección Residencial _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Número De Teléfono de Casa: _____ Número De Teléfono Personal: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Talla de Camiseta: Pequeño Mediano Grande

Etnicidad: _____ ¿Cuál es el idioma principal que hablas en casa? _____

¿Quién vive contigo en casa? – marque todo lo que corresponda

Madre _____ Hermana(s) _____ Madrastra _____ Abuela _____

Padre _____ Hermano(s) _____ Padrastro _____ Abuelo _____

Nombre

Años

Sexo/Genero

_____	_____	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre

Informacion de Contacto de Padre(s) o Guardian(s):

Nombre de Madrea o Guardian _____

Numero de Telefono de Casa Numero de Telefono de Trabajo Numero de Telefono Personal

Nombre de Padre o Guardian _____

Numero de Telefono de Casa Numero de Telefono de Trabajo Numero de Telefono Personal

Contacto de Emergencia que no sea Padre(s) o Guardian(s)

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion con nino(a): _____ Autorizado para recoger: Si No

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion con nino(a): _____ Autorizado para recoger: Si No

Metas Educativas – Hasta donde piensas llegar en la escuela?

_____ Diploma de Escuela Secundaria _____ Escuela de Comercio _____ Universidad

La siguiente informacion es confidencial:

Por que quieres unirse a el programa de Power Project?

Tienes algun talent especial o pasatiempos?

Quien es tu modelo a seguir y por que?

Cuales son tus sueños y aspiraciones futuras? Que o que aspiras a ser en el futuro?

Que es el mayor evento que te ha pasado?

Cual es el peor evento tu ha pasado? Como lo cambiarías si pudieras?

Tienes alguna condicion medica?

Estas tomando medicamentos?

Yes No

Tienes alguna alergia alimentaria?

Yes No

Si ha seleccionado 'si', enumere las alergias a continuacion:

Tienes u hijo(a) alguna necesidad especial?

Yes No

Si ha seleccionado 'si' por favor explique: _____

Que escuela asistes actualmente?

Enumere a contrinuacion todos las formas de redes sociales (incluyendo pero no limitado, Snapchat, Instagram, Facebook, Twitter, correo electronico del nino(a), etc):

Por favor complete este formulario y regrese a:

Hawthorne Police Department
Attn: L. Bell
12501 Hawthorne Blvd
Hawthorne, California 90250
(310) 349-2815 or (310) 514-6150
lbell@cityofhawthorne.org

