



**YMCA RESPITE CLIENT INFORMATION PACKET  
(Cuidador/Guardián primario)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>* Primer nombre:</b>  |  |
| <b>Segundo nombre:</b>   |  |
| <b>Apellido:</b>   |  |
| <b>* Fecha de Nacimiento:</b>  |  |
| <b>Edad*:</b>  |  |
| <b>* ¿Cuál es tu género?<br/>(Marque sólo uno)</b>   | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón<br><input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino<br><input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado |
| <b>* ¿Cuál fue tu sexo al nacer?<br/>(Marque sólo uno)</b>                                 | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State  |
| <b>* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual<br/>(Marque sólo una)</b> | <input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Bisexuales<br><input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género<br><input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
|  | <b>*Domicilio</b>  |
| <b>*Dirección particular :</b>   |  |
| <b>*Ciudad</b>   |  |
| <b>*Zip Code &amp; State:</b>  |  |
| <b>* No. de teléfono #</b>   |  |
| <b>*No. Celular/teléfono de trabajo</b>  |  |
| <b>Correo electrónico:</b>   |  |
| <b>*Rural</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |

|  |  |
|--|--|
| <b>*¿Vive sola?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir ***Cuántas personas en el hogar_____   |
| <b>*Raza?</b>  | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br><b>Asia :</b><br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br><b>Hawaiano/De otra isla del :</b><br><input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico |
| <b>* Etnia:</b>  | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>* Ingreso mensual:</b>  |  |
| <b>*Nivel de pobreza federal</b>   | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |
| <b>*Relación con el menor (marcar una opción):</b>   | <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente<br><input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Me niego a decir <input type="checkbox"/> Otra   |
| <b>*Estado civil (Marcar una opción)</b>   | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a<br><input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |
| <b>Empleo (Marcar una opción):</b>   | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Desempleado/a<br><input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>Ha recibido servicios de otro Programa Kinship de YMCA? (Marcar una opción):</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <b>Ha recibido servicios de otro Programa Kinship de YMCA? (Marcar una opción):</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |

## Kinship Caregiver 2 (Spouse or other adult in the household)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Primer nombre:</b>    |  |
| <b>Edad*:</b>            |  |
| <b>No. de teléfono #</b> |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>*Nivel de pobreza federal</b>                   | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>*Relación con el menor (marcar una opción):</b> | <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente<br><input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Me niego a decir <input type="checkbox"/> Otra  |
| <b>*Raza?</b>                                      | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br><b>Asia :</b><br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br><b>Hawaiano/De otra isla del :</b><br><input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico |
| <b>* Etnia:</b>                                    | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |

## 1. Child

|  |  |
|--|--|
| <b>* Primer nombre:</b>                        |  |
| <b>Segundo nombre:</b>                         |  |
| <b>Apellido:</b>                               |  |
| <b>* Fecha de Nacimiento:</b>                  |  |
| <b>Edad*:</b>                                  |  |
| <b>Escuela-grado</b>                           |  |
| <b>* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)</b> | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón<br><input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino<br><input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado |

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| * <b>¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)</b>   | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State   |                                    |
| * <b>¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)</b>         | <input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Bisexuales<br><input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género<br><input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Rural</b>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>¿Vive sola?</b>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Raza?</b>   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska    Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br><b>Asia :</b><br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br><b>Hawaiano/De otra isla del :</b><br><input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico |                                    |
| * <b>Etnia:</b>  | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Nivel de pobreza federal</b>  | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| * <b>Estado civil (Marcar una opción)</b>  | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a<br><input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| ¿ <b>Relación con el cuidador?</b>   |   |                                    |
| Derechos legales tiene sobre este menor?   | <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción<br><input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))  |                                    |
| ¿ <b>El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)</b> | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No  | <b>Tipo de Necesidad Especial:</b> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Estado de los padres biológicos del menor:</b> |  |  |
|---|--|--|

## 2. Child

|  |  |
|--|--|
| <b>* Primer nombre:</b>  |  |
| <b>Segundo nombre:</b>   |  |
| <b>Apellido:</b>   |  |
| <b>* Fecha de Nacimiento:</b>  |  |
| <b>Edad*:</b>  |  |
| <b>Escuela-grado</b>   |  |
| <b>* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)</b>   | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón<br><input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino<br><input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado   |
| <b>* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)</b>                                 | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State  |
| <b>* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)</b> | <input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Bisexuales<br><input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género<br><input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>*Rural</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>*¿Vive sola?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir  |
| <b>*Raza?</b>  | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska    Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br>Asia :<br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br>Hawaiano/De otra isla del : |

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico  |                                    |
| <b>* Etnia:</b>   | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| <b>* Nivel de pobreza federal</b>   | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| <b>* Estado civil (Marcar una opción)</b>   | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a<br><input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir |                                    |
| <b>¿Relación con el cuidador?</b>   |  |                                    |
| <b>Derechos legales tiene sobre este menor?</b>   | <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción<br><input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))   |                                    |
| <b>¿El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)</b> | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No   | <b>Tipo de Necesidad Especial:</b> |
| <b>Estado de los padres biológicos del menor:</b>   |  |                                    |

### 3. Child

|  |  |
|--|--|
| <b>* Primer nombre:</b>                        |  |
| <b>Segundo nombre:</b>                         |  |
| <b>Apellido:</b>                               |  |
| <b>* Fecha de Nacimiento:</b>                  |  |
| <b>Edad*:</b>                                  |  |
| <b>Escuela-grado</b>                           |  |
| <b>* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)</b> | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón<br><input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino<br><input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado |

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| * <b>¿Cuál fue tu sexo al nacer?</b><br><b>(Marque sólo uno)</b>                                 | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State   |                                    |
| * <b>¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual</b><br><b>(Marque sólo una)</b> | <input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Bisexuales<br><input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género<br><input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Rural</b>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>¿Vive sola?</b>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Raza?</b>   | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska    Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br>Asia :<br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br>Hawaiano/De otra isla del :<br><input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico |                                    |
| * <b>Etnia:</b>  | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| * <b>Nivel de pobreza federal</b>  | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| * <b>Estado civil</b><br><b>(Marcar una opción)</b>  | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a<br><input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| ¿ <b>Relación con el cuidador?</b>   |   |                                    |
| Derechos legales tiene sobre este menor?   | <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción<br><input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))  |                                    |
| ¿ <b>El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)</b>   | <input type="checkbox"/> Si<br><br><input type="checkbox"/> No  | <b>Tipo de Necesidad Especial:</b> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Estado de los padres biológicos del menor:</b> |  |  |
|---|--|--|

#### 4. Child

|  |   |
|--|---|
| <b>* Primer nombre:</b>  |   |
| <b>Segundo nombre:</b>   |   |
| <b>Apellido:</b>   |   |
| <b>* Fecha de Nacimiento:</b>  |   |
| <b>Edad*:</b>  |   |
| <b>Escuela-grado</b>   |   |
| <b>* ¿Cuál es tu género? (Marque sólo uno)</b>   | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> TransGénero femenino a varón<br><input type="checkbox"/> TransGénero masculino a Femenino<br><input type="checkbox"/> Genderqueer/ Género no binario<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Declinado/no indicado  |
| <b>* ¿Cuál fue tu sexo al nacer? (Marque sólo uno)</b>                                 | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declined to State   |
| <b>* ¿Cómo describir su orientación sexual o su identidad sexual (Marque sólo una)</b> | <input type="checkbox"/> Recto/ Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Bisexuales<br><input type="checkbox"/> Gay/lesbiana / Amor del mismo-género<br><input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguro<br><input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique:<br><hr/> <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |
| <b>*Rural</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |
| <b>*¿Vive sola?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a decir   |
| <b>*Raza?</b>  | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indios Americanos /Nativos de Alaska Pacífico: <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Me niego a decir<br>Asia :<br><input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos<br><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Asia<br>Hawaiano/De otra isla del : |

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico  |                                    |
| <b>* Etnia:</b>   | <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir  |                                    |
| <b>* Nivel de pobreza federal</b>   | <input type="checkbox"/> En o por debajo de<br><input type="checkbox"/> Sobre el nivel de pobreza<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir   |                                    |
| <b>* Estado civil (Marcar una opción)</b>   | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a<br><input type="checkbox"/> Concubino/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a<br><input type="checkbox"/> Me niego a decir |                                    |
| <b>¿Relación con el cuidador?</b>   |  |                                    |
| <b>Derechos legales tiene sobre este menor?</b>   | <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Adopción<br><input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Informal ((no tiene derechos legales formales))   |                                    |
| <b>¿El menor tiene Necesidades Especiales como por ejemplo (discapacidad mental o física)</b> | <input type="checkbox"/> Si<br><br><input type="checkbox"/> No   | <b>Tipo de Necesidad Especial:</b> |
| <b>Estado de los padres biológicos del menor:</b>   |  |                                    |