



CRADLE OF HOPE SOLICITUD

1970 Oakcrest Ave, Suite 104
Roseville, MN 55113
(651) 636-0637
www.cradleofhope.org

INFORMACION GENERAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Yo soy el/la: Madre Padre

Raza: (opcional)
<input type="checkbox"/> Blanco(a)
<input type="checkbox"/> Áfrico-Americano(a)
<input type="checkbox"/> Áfrico-Africano(a)
<input type="checkbox"/> Americano Indígena
<input type="checkbox"/> Pacífico-Asiático
<input type="checkbox"/> Otro

Etnicidad - Hispana: (opcional)
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No se

Estado Civico: (opcional)
<input type="checkbox"/> Casado(a)
<input type="checkbox"/> Soltero (a)
<input type="checkbox"/> Otro

Ganancias Mensuales: (Puede estimar)

- \$ _____ Empleo
- \$ _____ Programa de trabajo divisional
- \$ _____ Manutencion de lo hijos que recibe
- \$ _____ Programa de inversión familiar de MN
- \$ _____ Ganancias recibidas del seguro social
- \$ _____ Ganancias recibidas por discapacidad del seguro social
- \$ _____ SNAP (Estampas para la comida)
- \$ _____ WIC
- \$ _____ Otro _____
- \$ _____ Otro _____
- \$ _____ Otro _____
- \$ _____ Other _____
- \$ _____ TOTAL**

Gastos Mensuales: (Puede estimar)

- \$ _____ Renta/Pago de hipoteca
- \$ _____ Servicio publico (calefaccion, agua, basura, etc.)
- \$ _____ Manutencion de los hijos que paga
- \$ _____ Cable/Internet
- \$ _____ Telefonos celulares
- \$ _____ Pago de algun prestamo de carros y seguroe
- \$ _____ Gasolina o transporte publico
- \$ _____ Cuentas medicas
- \$ _____ Seguro de salud
- \$ _____ Guarderia
- \$ _____ Comida & pañales, etc.
- \$ _____ Otros: _____
- \$ _____ TOAL**

Status: (Marque solo uno)

- 1^{er} Trimestre (1-3 meses)
- 2^{do} Trimestre (4-6 meses)
- 3^{er} Trimestre (7-9 meses)
- Bebe tiene menos de 4 meses (12 meses para cunas portables)

Fecha en que nacerá o fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

de bebes (gemelos, trillizos, etc.): 1 2 3 4



CRADLE OF HOPE SOLICITUD

1970 Oakcrest Ave, Suite 104
Roseville, MN 55113
(651) 636-0637
www.cradleofhope.org

INFORMACION PARA CRISIS:

(Marque todas las aplicables)

1. Necesito un lugar seguro para dormir para mi bebe.
2. Estoy o he estado hospitalizada por mi embarazo y he perdido una porción significativa de mis ingresos (anexe el acta de dada de alta del hospital o una nota médica y pruebas de empleo).
3. Mis horas en el trabajo han sido reducidas por mi embarazo (anexe o una nota médica y pruebas de empleo).
4. Tengo restricciones de empleo debido a mi embarazo (anexe o una nota médica y pruebas de empleo).
5. My trabajo no ofrece beneficios de discapacidad de corto plazo o son muy limitados (anexe una carta de su trabajo o otra prueba junto con un talón de pago reciente).
6. No soy elegible para beneficios de discapacidad a corto plazo en mi trabajo (anexe una carta de su trabajo o otra prueba junto con un talón de pago reciente).
7. Mi bebe nació prematuro, lo que resulto en una perdida de mis ingresos mas pronto de lo que estaba anticipado (anexe una medica nota que explique que el bebe nació prematuro y un talón de pago reciente).
8. Mi bebe nació prematuro y tuvo una estancia en la NICU (anexe una nota medica que explique que el bebe nació prematuro y un talón de pago reciente).
9. Estoy tratando de escapar una situación violenta o no segura, lo que resultó en perdida de mis ingresos (anexe una carta que describa la pérdida o reducción de ingresos y un talón de pago reciente).
10. El padre de mi bebe esta en la cárcel.
11. Otro _____

(anexe información si applicable)

PLAN DE ACCION

Marque por lo menos 1 de las siguientes:

12. Yo me encargare de que mi bebe tenga un lugar seguro en donde dormir y seguiré las instrucciones de cómo deben dormir los bebes para estar seguros.
13. Regresare a trabajar (anexe documentación que indique la fecha en que regresara a trabajar).
14. Empezare un Nuevo trabajo (anexe documentación que indique la fecha en que empezara el trabajo).
15. Tengo suficientes ingresos para los gastos futuros (explique esas ganancias en la sección abajo titulada "Otros")

O

Marque por los menos 2 de los siguientes:

16. Regresare a trabajar (anexe documentación que indique la fecha en que regresara a trabajar).
17. Empezare un Nuevo trabajo (anexe documentación que indique la fecha en que empezara el trabajo).
18. El padre de mi bebe está pagando o pagara manutención de hijos (anexe documentación que verifique que estos pagos son recibidos regularmente).
19. Mis padres me apoyaran economicamente (solo para adolescentes).
20. Estoy trabajando con una agencia que se dedica a tratar asuntos de violencia doméstica.
21. Otro _____



CRADLE OF HOPE
SOLICITUD
1970 Oakcrest Ave, Suite 104
Roseville, MN 55113
(651) 636-0637
www.cradleofhope.org

Liberación de Cuna Portátil

Complete la autorización en línea si solicita una cuna portátil:

<https://cradleofhope.org/get-assistance/liberacion-de-cuna-portatil/>

Liberación de Asistencia Financiera

Complete el comunicado en línea si solicita asistencia financiera:

<https://cradleofhope.org/get-assistance/liberacion-de-asistencia-financiera/>



Por favor traiga los siguientes documentos:

1. Alquiler (sólo si solicita asistencia para el alquiler)
2. Facturas médicas
3. Notas del médico
4. Carta de empleo
5. Últimos 4 recibos de pago