

2018 La Aplicación de SAPOA Santa Azul

Por favor llene la aplicación y presente una copia de la acta de nacimiento de cada niño/a. Esta aplicación deberá ser entregada a mas tardar el Martes 30 de Octubre del 2018.

Nombre de Padre/Guardian: _____

**Esta aplicación cualquier donación que se reciba sera bajo este nombre.*

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Organización que lo recomienda: _____

Por favor haz una lista de las razones por las que preguntas por asistencia: _____

Por favor haz una lista de las organizaciones que te dieron asistencia el año pasado (sí hay alguna): _____

Por favor haz una lista de las organizaciones que en este momento estas promoviendo con tú asistencia (sí hay alguna):

Por favor enumera tus necesidades comienza con 1 para la alta necesidad y terminá con las mas bajas con el número 3:

Ropa _____ Comida _____ Juguetes _____

Por favor promueve la siguiente información con las edades de los niños de recién nacido a 16 años:

(Todos los nombres van a ser comparados con otras organizaciones esto sera comprobado via electronica en caso de que aplique dos veces sera expulsado del programa.)

Por favor informe sí alguno de sus niño/a necesita atención especial

Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

1. Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

2. Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

3. Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

4. Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

5. Nombre de Niño/a: _____ Edad: _____ Género: _____

Gustarían los regalos envueltos? Sí No