

Solicitud para Asiento de seguridad para niños



Información del Padre/Tutor legal Principal

Primer nombre			Segundo nombre			Apellido		
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) / /			Últimos 4 dígitos del Seguro social					
Domicilio				Dirección postal				
Ciudad				Ciudad				
Estado		Código postal		Estado		Código postal		
Marque si la dirección postal es la misma que el Domicilio				Si	No (Si selecciona No, complete la dirección postal.)			
Residente de Virginia	Si	No	Sin hogar	Si	No	Idioma principal		
Vínculo del Padre/Tutor legal Principal	Madre	Padre	Tutor Legal	Descripción de la documentación judicial				
Dirección de correo electrónico								
Teléfono de casa			Teléfono celular			Teléfono del trabajo		

Información del Padre/Tutor legal Relacionado

Primer nombre			Segundo nombre			Apellido		
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) / /			Últimos 4 dígitos del Seguro social					
Domicilio				Dirección postal				
Ciudad				Ciudad				
Estado		Código postal		Estado		Código postal		
Marque si la dirección postal es la misma que el Domicilio				Si	No (Si selecciona No, complete la dirección postal.)			

Información del Padre/Tutor legal Relacionado (continuado de página 1)

Residente de Virginia	Si	No	Sin hogar	Si	No	Idioma principal
Vínculo del Padre/Tutor legal Principal	Madre	Padre	Tutor Legal	Descripción de la documentación judicial		
Dirección de correo electrónico						
Teléfono de casa		Teléfono celular			Teléfono del trabajo	

Niño no nacido	Fecha prevista (Mes/Día/Año)	/	/
-----------------------	------------------------------	---	---

Información del niño

Primer nombre del niño	Segundo nombre	Apellido			
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	/	/	Edad en años	Edad en meses	
Peso	oz	g	Altura	in	cm
Condición médica					

Etnia	Hispano	No Hispano				
Raza del niño	Afroamericano	Caucásico	Asiático	Nativo americano	Birracial	Otro
Mi hijo o yo recibimos	Medicaid	WIC	FAMIS	TANF	SNAP	Cumple con las pautas de nivel de ingreso de programa

El solicitante está dispuesto a firmar una exención y completar una sesión de capacitación sobre asientos de seguridad	Si	No
--	----	----

Firma del solicitante _____	Fecha (Mes/Día/Año)	/	/
------------------------------------	---------------------	---	---