



# El Armario de Gabriel

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Teléfono (s) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Día del parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_ Seguro S/N: \_\_\_\_\_

Tiene un pediatra? \_\_\_\_\_ Está recibiendo asistencia de alguna agencia? \_\_\_\_\_ Si es así, cuál? \_\_\_\_\_

Va a recibir asistencia del WIC \_\_\_\_\_ Está interesada(o) en clases del Cuidado Infantil \_\_\_\_\_

Que necesidades específicas o preocupaciones tiene usted o su bebe? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso familiar? \$ \_\_\_\_\_ ¿De qué fuente? \_\_\_\_\_

¿Usted recibe cupones de alimentos? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Tiene planes de amamantar? \_\_\_\_\_

NOTAS:

---

---

---

\* Si usted necesita la ayuda del Armario de Gabriel por segunda vez en el futuro, debe completar una primera clase. Por favor llámenos para saber los horarios de clase.

\* Pedimos que, como beneficiario de los elementos del "Armario de Gabriel", a cuidar bien de ellos y planear devolverlos al armario cuando ya no los necesite, para compartir con las madres de otros que lo necesitan.

\* Las Caridades Católicas de Noroeste de Louisiana no se hace responsable por cualquier daño durante el uso de artículos donados por el "Armario de Gabriel"

Yo, (escriba el nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ soy responsable de cualquier lesión ocurrida durante el uso de los artículos donados para mí y mi bebé a través del Armario de Gabriel impidiendo cualquier tipo de responsabilidad a Caridades Católicas de Noroeste de Louisiana o a la Diócesis.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_