

CHILD Information	
CHILD First Name	CHILD Last Name
PARENT/Guardian First Name	PARENT/Guardian Last Name
ALTERNATE Pickup Person	CHILD Date of Birth MM / DD / YYYY
CHILD Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Zip Code
County <input type="checkbox"/> Jackson (MO) <input type="checkbox"/> Clay (MO) <input type="checkbox"/> Platte (MO) <input type="checkbox"/> Cass (MO) <input type="checkbox"/> Wyandotte (KS) <input type="checkbox"/> Johnson (KS)	
Email	Home Phone Mobile Phone
CHILD lives with (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other relative	
CHILD Race (check all that apply) <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Pacific/Other Native Island <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Other	

Family Information			
How many people live in the home?	ADULTS (18+)	CHILDREN 5-17 years	CHILDREN UNDER 5 years
Sources of Income (check all that apply)	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP/Food Stamps <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Subsidized Housing (Section 8 or HUD) <input type="checkbox"/> Unsubsidized Housing (Affordable/Discounted)		
Are you currently employed? <input type="checkbox"/> Yes If yes, <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part Time Monthly take home pay \$_____	Are any other adults in your household employed? <input type="checkbox"/> Yes If yes, <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part Time Monthly take home pay \$_____		
What is your mode of Transportation? <input type="checkbox"/> Personal Vehicle <input type="checkbox"/> Ride Share <input type="checkbox"/> Public Transportation <input type="checkbox"/> No Transportation			
PARENT Health Insurance <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured	CHILD Health Insurance <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured	How did you find out about HappyBottoms? <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> HappyBottoms Website <input type="checkbox"/> Family/Friend <input type="checkbox"/> HappyBottoms Agency <input type="checkbox"/> Social/CaseWorker <input type="checkbox"/> Hospital _____	<input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> HappyBottoms Website <input type="checkbox"/> Family/Friend <input type="checkbox"/> Social/CaseWorker <input type="checkbox"/> Other

Acceptance of Service Terms and Certification	
<p><i>By signing this application, I am certifying the information on this application is correct to the best of my knowledge, and I understand the following:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> HappyBottoms requires that this agency collects data to prevent duplication of services and for use for grant writing purposes. Data will ONLY be used by HappyBottoms and its partners for these purposes. The HappyBottoms program has a three year limit for receiving diapers starting with the first time my child gets diapers, and my child can no longer receive diapers after their fourth birthday, even if they have not reached the 3 year time limit. My child may only receive pull-ups/training pants 6 times while enrolled in the program. I will use these diapers ONLY for the child listed on the application, and I MAY NOT SELL, TRADE, OR GIVE AWAY THESE DIAPERS. I may only receive 50 diapers or 30 training pants per child per month from any HappyBottoms agency. If I get diapers from HappyBottoms because of a short-term emergency, I can receive emergency diapers for up to two months. I can continue to get diapers for my child subject to the terms above if I receive case management or other services from the agency giving me diapers. If I deliberately try to get more than the monthly limit of diapers, try to get diapers from more than one HappyBottoms agency in any given month, or violate any other terms of the program listed above, my child may be removed from the program. 	
Parent/Guardian Name (Print) _____	Relationship to Child _____
Parent/Guardian Signature _____	Date _____

OFFICE USE ONLY Agency Name: _____		 Staff Initials: _____	
Size Distributed	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T	Size Ordered	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T
Quantity <input type="checkbox"/> 50 (diapers) <input type="checkbox"/> 30 (pull ups) OTHER: _____	<input type="checkbox"/> One Time Distribution <input type="checkbox"/> Ongoing Distribution		

Información del niño			
Nombre del NIÑO		Apellido del NIÑO	
Nombre del padre / tutor		Apellido del PADRE / Tutor	
Persona de recogida alternativa		NIÑO Fecha de Nacimiento MM / DD / YYYY	
NIÑO Género <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> niña	Código postal	County <input type="checkbox"/> Jackson (MO) <input type="checkbox"/> Clay (MO) <input type="checkbox"/> Platte (MO) <input type="checkbox"/> Cass (MO) <input type="checkbox"/> Wyandotte (KS) <input type="checkbox"/> Johnson (KS)	
Email		teléfono de casa	teléfono móvil
NIÑO vive con (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Padre Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra Pariente			
NIÑO Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Pacífico Nativo/Otra Isla Nativa <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra _____			

Información familiar			
¿Cuántos personas viven en el hogar?	ADULTOS (18+)	Niños 5-17 years	Niños menores 5 años
Fuentes de ingresos (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP/Food Stamps <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda subsidiada (Sección 8 o HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda sin subsidio (Asequible / Descuento)		
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sí, afirmativo, <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Pago mensual para llevar a casa \$ _____	¿Hay otros adultos en su hogar empleados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sí, afirmativo, <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Pago mensual para llevar a casa \$ _____
¿Cuál es su modo de transporte? <input type="checkbox"/> Vehículo personal <input type="checkbox"/> Viaje compartido <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Sin transporte			
Seguro de salud para PADRES <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro	Seguro de salud INFANTIL <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured	¿Cómo te enteraste de HappyBottoms? <input type="checkbox"/> Agencia HappyBottoms <input type="checkbox"/> Hospital _____	<input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Sitio Web HappyBottoms <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Trabajador social/caso <input type="checkbox"/> Otra

Aceptación de los Términos de Servicio y Certificación	
<p><i>Al firmar esta solicitud, certifico que la información en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender lo siguiente:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> HappyBottoms requiere que esta agencia recopile datos para evitar la duplicación de servicios y para fines de escritura de subvenciones. Los datos SOLO serán utilizados por HappyBottoms y sus socios para estos fines. El programa HappyBottoms tiene un límite de tres años para recibir pañales a partir de la primera vez que mi hijo recibe pañales, y mi hijo ya no puede recibir pañales después de su cuarto cumpleaños, incluso si no ha alcanzado el límite de 3 años. Mi hijo solo puede recibir pull-ups / pantalones de entrenamiento 6 veces mientras está inscrito en el programa. Usaré estos pañales SOLAMENTE para el niño que figura en la solicitud, y NO PUEDO VENDER, COMERCIAR O DAR ALEJAR ESTOS PAÑALES Solo puedo recibir 50 pañales o 30 pantalones de entrenamiento por niño por mes de cualquier agencia HappyBottoms. Si recibo pañales de HappyBottoms debido a una emergencia a corto plazo, puedo recibir pañales de emergencia por hasta dos meses. Puedo seguir recibiendo pañales para mi hijo sujeto a los términos anteriores si recibo administración de casos u otros servicios de la agencia que me brinda pañales Si intento deliberadamente obtener más del límite mensual de pañales, trato de obtener pañales de más de una agencia HappyBottoms en un mes determinado, o violar cualquier otro término del programa mencionado anteriormente, mi hijo puede ser retirado del programa. 	
Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) _____	Relación con el niño _____
Firma del padre / tutor _____	Fecha _____

OFFICE USE ONLY Agency Name: _____		Staff Initials: _____	
Size Distributed	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T	Size Ordered	<input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Size 1 <input type="checkbox"/> Size 2 <input type="checkbox"/> Size 3 <input type="checkbox"/> Size 4 <input type="checkbox"/> Size 5 <input type="checkbox"/> Size 6 <input type="checkbox"/> P2/3T <input type="checkbox"/> P3/4T <input type="checkbox"/> P4/5T
Quantity <input type="checkbox"/> 50 (diapers) <input type="checkbox"/> 30 (pull ups) OTHER: _____	<input type="checkbox"/> One Time Distribution <input type="checkbox"/> Ongoing Distribution		