

Lutheran Family Services *of Nebraska, Inc.*

124 South 24th Street, Suite 200 • Omaha, NE 68102
(402) 661-7100 • Fax (402) 978-5637 • www.lfsneb.org

Iniciativa de Paternidad Responsable

Fecha: _____ Referido por : _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ 2nd Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estatus de Empleo: **Desempleado** **Tiempo Parcial** **Tiempo Completo** (Debe esta debajo del 200% los lineamientos de pobreza)

¿Es usted el padre que no tiene la custodia?: Si / No

¿Es Ciudadano Americano?: Si / No

¿Está usted actualmente recibiendo servicios de otro programa de LFS? Si / No

Razón por el Referido:

Por favor envíe los referidos a Fatherhoodintake@lfsneb.org

Firma del Solicitante / Fecha (De ser aplicable)

Firma del Personal del Referido / Fecha



