



Programa Cribs for Kids® Formulario de referencia Posparto

La referencia se completó En Persona con protocolos de Covid

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

(debe ser <9 meses de edad)

Complete TODAS las secciones del presente formulario de referencia y envíelo por fax al (516)227-9644. Después de recibir el presente formulario y que el cliente sea aprobado, nos pondremos en contacto para recoger la cuna. La agencia de referencia es la responsable de completar tanto la instrucción para un sueño seguro, como los formularios relacionados dentro de los 2 días hábiles siguientes recoger la cuna (o si están usando protocolos de Covid, enviando pruebas de haber completado la instrucción para un sueño segura antes de recoger la cuna).

Información de los padres/ tutor:

Nombre de la madre/ tutor: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Nombre del niño: _____

Relación con el niño: _____

Número y edad de los niños en este hogar: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esta residencia es?: permanente temporal

Número del teléfono del domicilio: _____ Número de celular: _____

Contacto Secundario: Nombre: _____ Relación: _____

Numero de teléfono: _____

Información del niño:

¿Fue un parto prematuro? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas semanas antes nació el bebé? _____

Todos los formularios están disponibles para impresión en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Todos los formularios están disponibles vía fax al número 516-227-9644

¿Gemelos o parto múltiple? Sí No

Comentarios: _____

¿Dónde duerme actualmente su bebé? _____

¿En qué posición duerme su bebé? Boca abajo Boca arriba De lado

Información demográfica:

Nivel educativo de la madre Escuela secundaria incompleta
 Graduada de institución terciaria comunitaria (2 años)
 Escuela secundaria completa Graduada de la universidad (4 años)
 Certificado G.E.D. Escuela de posgrado
 Otro, explique _____

Raza: (Marque todas las que correspondan) Asiática Negra Blanca Indoamericana
 Asiática/ Isleña del Pacífico Otra

Origen étnico: Hispano No-Hispano

Humo ambiental de tabaco:

A. ¿ La madre fumó tabaco durante el embarazo? Si/No (circule uno)

B. ¿ La madre fuma tabaco actualmente? Si/No (circule uno)

Identificar ubicación dentro afuera

C. ¿ Hay otros miembros del hogar que fuman tabaco? Si/No (circule uno)

Identificar ubicación dentro afuera

Elegibilidad:

¿Está trabajando en estos momentos? Sí No Permiso por maternidad

¿Alguien más en el hogar trabaja? Sí No

¿Su familia está recibiendo cualquiera de los beneficios indicados a continuación? Marque todas las opciones que correspondan

TANF

Discapacidad

Todos los formularios están disponibles para impresión en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Todos los formularios están disponibles vía fax al número 516-227-9644

11/2021

WIC

SSI

Cupones de alimentos/SNAP

Vivienda Sección 8

Subsidios de Cuidado Infantil

Desempleo

Seguro de salud: Madre ____ Sí ____ No

¿Usted tiene?:

Cuna

Pack n' Play

Moisés

Otro _____

Peso del niño: _____ (debe ser menos de 30 libras para la cuna portátil)

Altura del niño: _____ (debe ser menos de 35 pulgadas para la cuna portátil)

Fuente de referencia:

Agencia de referencia: _____ **Persona de contacto:** _____

Fecha de la referencia: _____ **Número de teléfono:** _____ **E-mail:** _____

Cualquier otra información que le gustaría compartir con nosotros: _____

Acuerdo de la referencia:

Yo autorizo a _____ suministrar mi información de referencia al Programa Cribs for Kids® del Condado de Nassau para obtener una cuna para mi bebé. Entiendo que esto no garantiza que yo sea elegible para recibir una cuna. Entiendo que mi información se mantendrá confidencial y que puede utilizarse para planificar programas de educación y para reducir el riesgo de mortalidad infantil. Entiendo que seré contactada en el futuro por el Programa Cunas para Niños y en el futuro por sus asociados para el respectivo seguimiento. Entiendo que el lugar más seguro para que duerma mi bebé es sobre su espalda (boca arriba) en una cuna de seguridad aprobada. Estoy consciente de que esta cuna no se puede devolver a la tienda a cambio de dinero.

Madre o tutor del bebé _____ Fecha _____

¿La madre desea que la información impresa sobre Sueño Seguro del bebé esté en inglés o en español? _____

Todos los formularios están disponibles para impresión en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Todos los formularios están disponibles vía fax al número 516-227-9644

11/2021