



Programa Cribs for Kids® Formulario de referencia prenatal

La referencia se completó En Persona con protocolos de Covid

Fecha de hoy: _____

Fecha prevista del parto: _____

Complete TODAS las secciones del presente formulario de referencia y envíelo por fax al (516) 227-9644. Para referir a un cliente prenatal para la entrega de una cuna, la madre debe estar dentro del lapso de las 8 semanas previas a la fecha del parto. 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: _____

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 demográfica:

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

Envíe los formularios completados vía fax al número 516-227-9644

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 a continuación? *Marque todas las opciones que correspondan*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos/SNAP | <input type="checkbox"/> Vivienda Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Subsidios de Cuidado Infantil | <input type="checkbox"/> Desempleo |

Seguro de salud de la madre: ____ Sí ____ No

Fuente de referencia:

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

Envíe los formularios completados vía fax al número 516-227-9644

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 referencia:

Yo autorizo a _____ **(escribir nombre de AGENCIA)** 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 de forma confidencial y 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 en: <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners> para impresión.

Envíe los formularios completados vía fax al número 516-227-9644