



## Programa Cribs for Kids® Formulario de referencia prenatal

**\*\*\*La referencia se debe hacer DESPUES que se ha hecho un visita a la casa\*\*\***

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha prevista del parto: \_\_\_\_\_

Complete TODAS las secciones del presente formulario de referencia y envíelo por fax al (516) 227-9644 o correo electrónico a: [cribsforkids@nassaucountyny.gov](mailto:cribsforkids@nassaucountyny.gov). 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 la entrega de 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 a la entrega de 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: \_\_\_\_\_

---

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

Envíe los formularios completados vía e-mail a: [cribsforkids@nassaucountyny.gov](mailto:cribsforkids@nassaucountyny.gov) o vía fax al número 516-227-9644

**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:**

La madre fumó durante el embarazo  
 La madre continuará fumando después del embarazo  
Identificar ubicación  dentro  fuera  
 Miembros del hogar que fuman  
Identificar ubicación  dentro  fuera

**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:**

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 \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

¿La cuna se puede ser entregar en el hogar? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si la cuna no se puede entregar en el hogar, indique la dirección de su agencia para la entrega:

\_\_\_\_\_

**(La cuna se debería llevar al hogar para su demostración)**

\_\_\_\_\_

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

Envíe los formularios completados vía e-mail a: [cribsforkids@nassaucountyny.gov](mailto:cribsforkids@nassaucountyny.gov) o vía fax al número 516-227-9644