

Formulaire de référence postnatal pour le **programme** **Un berceau pour chaque enfant®**

****Ce formulaire de demande a été rempli en utilisant : le protocole en présentiel ou les protocoles COVID.**

Date : _____

Date de naissance du bébé : _____
(doit être âgé de moins de neuf mois)

Veuillez remplir TOUS les champs de ce formulaire de demande et l'envoyer par télécopie au (516) 227 9644. Une fois le formulaire reçu et la cliente approuvée, nous vous contacterons pour convenir d'un rendez-vous pour la collecte du berceau. L'organisme à l'origine de la demande est responsable de fournir la formation aux bonnes pratiques de sommeil et de remplir les formulaires correspondants sous deux jours ouvrés après la collecte du berceau (ou, dans le cas des protocoles COVID, remettre l'attestation de formation aux bonnes pratiques de sommeil **avant** la collecte du berceau).

Renseignements sur le parent/tuteur :

Nom de la mère/du tuteur : _____

Date de naissance de la mère : _____

Nom du nourrisson : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nombre et âge des enfants de ce foyer : _____

Adresse : _____

Ville _____ État/Province _____ Code postal _____

Ce lieu de résidence est-il : permanent provisoire

Numéro de téléphone fixe : _____ Numéro de téléphone portable : _____

Information Du Contact Segundaire : Nom: _____ Lien : _____

Numéro De Téléphone : _____

Renseignements sur le nourrisson :

Tous les formulaires peuvent être imprimés depuis l'adresse : <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Veuillez envoyer vos formulaires dûment remplis par télécopie au (516) 227 9644.

Votre bébé est-il né prématurément ? ___ Oui ___ Non **Si oui**, de combien de semaines sa naissance était-elle prématurée ? _____

Jumeaux ou naissance multiple ? ___ Oui ___ Non Commentaires : _____

Où votre bébé dort-il actuellement ? _____

Dans quelle position votre bébé dort-il ? Sur le ventre Sur le dos Sur le côté

Données démographiques :

Niveau d'éducation de la mère : ___ Lycée ___ Diplôme d'université communautaire (deux ans)
___ Diplôme du lycée ___ Diplôme d'université (quatre ans)
___ Certificat G.E.D. ___ Études supérieures
___ Autre, veuillez préciser _____

Race : (veuillez cocher toutes les cases correspondantes) ___ Asiatique ___ Noire ___ Blanche
___ Amérindienne ___ Asiatique/Insulaire du Pacifique ___ Autre

Ethnicité : ___ Hispanique ___ Non hispanique

Intoxication par le tabac :

A. Mère fumeuse du tabac pendant la grossesse: oui/non (choisi un)

B. Mère actuellement fumeuse du tabac: oui/non (choisi un)

Lieu ___ à l'intérieur ___ en plein air

C. Membres du foyer actuellement fumeurs du tabac: oui/non (choisi un)

Lieu ___ à l'intérieur ___ en plein air

Admissibilité :

Occupez-vous un emploi actuellement ? Oui Non Congé maternité

L'un des membres de votre foyer occupe-t-il un emploi ? Oui Non

Votre famille bénéficie-t-elle de l'une des aides suivantes ? Cochez toutes les réponses applicables

TANF

Handicap

WIC

SSI

Coupons alimentaires/SNAP

Logement du programme de la Section 8

Tous les formulaires peuvent être imprimés depuis l'adresse : <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.
Veuillez envoyer vos formulaires dûment remplis par télécopie au (516) 227 9644.

Allocation pour service de garde

Chômage

Assurance maladie : Mère ____ Oui ____ Non

Avez-vous un :

Berceau Pack 'n Play Couffin Autre _____

Poids de l'enfant : _____ (doit peser moins de 13,5 kg - 30 livres - pour le Pack 'n Play Graco)

Taille de l'enfant : _____ (doit mesurer moins de 89 cm - 35 pouces - pour le Pack 'n Play Graco)

Source de référence :

Agence de référence : _____ **Personne à contacter :** _____

Date de la référence : _____ **N° de téléphone :** _____ **Adresse électronique :** _____

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre ?

Accord pour référence :

J'autorise _____ à transmettre mes coordonnées de référence au programme Un berceau pour chaque enfant® du comté de Nassau, afin d'obtenir un berceau pour mon bébé. Je comprends que cela ne garantit pas mon admissibilité à recevoir un berceau. Je comprends que mes coordonnées resteront confidentielles et pourront être utilisées dans le cadre de formations et de programmes visant à réduire les risques de décès des enfants. Je comprends que je serai ultérieurement contacté(e) par le programme Un berceau pour chaque enfant et par les partenaires du programme pour effectuer un suivi. Je comprends que l'endroit le plus sécurisé pour faire dormir mon bébé est un berceau conforme aux normes de sécurité, en le positionnant sur le dos. Je comprends que ce berceau ne peut pas être ramené en magasin pour remboursement.

Mère ou tuteur du bébé _____

Date _____

Tous les formulaires peuvent être imprimés depuis l'adresse : <http://www.nassaucountyny.gov/3765/Partners>.

Veillez envoyer vos formulaires dûment remplis par télécopie au (516) 227 9644.

12/2021