

Formulaire de référence prénatal 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 prévue de l'accouchement : _____

Veillez remplir TOUS les champs de ce formulaire de demande et l'envoyer par télécopie au (516) 227 9644. Afin de déposer une demande prénatale de berceau, la mère doit être à moins de huit semaines de la date prévue de son accouchement. 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 : _____

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 : _____

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.

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. La mère a-t-elle fumé pendant sa grossesse ? Oui/Non (entourez une réponse)

B. La mère fumera-t-elle après sa grossesse ? Oui/Non (entourez une réponse)

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.*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Handicap |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Coupons alimentaires/SNAP | <input type="checkbox"/> Logement du programme de la Section 8 |
| <input type="checkbox"/> Allocation pour service de garde | <input type="checkbox"/> Chômage |

Assurance maladie de la mère : ___ Oui ___ Non

Source de référence :

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.

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