

Cribs for Kids® (کریز فار کڈز®) پروگرام کا قبل از ولادت ریفرل فارم

****یہ ریفرل مکمل کیا گیا تھا (ایک کو نشان زد کریں) □ بذات خود یا □ فاصلاتی طور پر**

آج کی تاریخ: _____ بچے کی متوقع تاریخ ولادت: _____

براہ کرم اس ریفرل فارم کے سبھی حصے مکمل کریں اور 9644-227-516 (516) پر فیکس کریں۔ قبل از ولادت والے کلائنٹ کو پالنے کے لیے ریفر کرنے کے واسطے، ماں کو اپنی متوقع تاریخ ولادت سے 8 ہفتے کے اندر ہونا ضروری ہے۔ DOH کو ریفرل کے منظور کر دینے پر، ریفر کرنے والی ایجنسی محفوظ نیند کی تعلیم اور متعلقہ فارم 2 کاروباری دنوں میں مکمل کرنے کی ذمہ دار ہے۔

والدین/سرپرست کی معلومات:

والدہ/سرپرست کا نام: _____

ماں کی پیدائش کی تاریخ: _____

اس بچے سے رشتہ: _____

اس گھرانے میں بچوں کی تعداد اور عمریں: _____

پتہ: _____

شہر _____ ریاست _____ زپ _____

کیا یہ رہائش: □ مستقل □ عارضی ہے

گھر کا فون نمبر: _____

سیل فون نمبر: _____

ثانوی رابطے کی معلومات: _____ نام _____ رشتہ: _____

فون نمبر: _____

آبادیاتی معلومات:

ماں کی تعلیم کی سطح: _____ کچھ ہائی اسکول _____ 2 سالہ کمیونٹی کالج گریجویٹ

سبھی فارم پر تنٹنگ کے لیے: <http://www.nassaucountynyny.gov/3765/Partners> پر دستیاب ہیں۔
مکمل کردہ فارم فیکس کے ذریعے 9644-227-516 پر جمع کرائیں

_____ ہائی اسکول گریجویٹ _____ 4 سالہ کالج گریجویٹ

_____ G.E.D. سرٹیفکیٹ _____ گریجویٹ اسکول

_____ دیگر، براہ کرم وضاحت کریں _____

نسب: (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں) _____ ایشیائی _____ سیاہ فام _____ سفید فام _____ امریکن انڈین _____ ایشیائی/پیسیفک جزیرے کا باشندہ _____ دیگر _____

نسب: _____ ہسپانوی _____ غیر ہسپانوی

ماحولیاتی دھواں:

A. کیا ماں نے حمل کے دوران کبھی سگریٹ نوشی کی ہے: ہاں/نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں)

B. کیا ماں حمل کے بعد سگریٹ نوشی کریں گی: ہاں/نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں)

مقام کی شناخت کریں _____ اندر _____ باہر

C. کیا گھرانے کے افراد سگریٹ نوشی کرتے ہیں: ہاں/نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں)

مقام کی شناخت کریں _____ اندر _____ باہر

اہلیت:

کیا آپ ابھی کام کر رہی ہیں؟ _____ ہاں _____ نہیں _____ زچگی کی چھٹی

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی اور بھی کام کر رہا ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں

کیا آپ کے خاندان کو درج ذیل مراعات میں سے کوئی مل رہی ہیں؟ وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں

TANF _____ معذوری _____

SSI _____ WIC _____

فوڈ اسٹیمپس/SNAP _____ سیکشن 8 ہاؤسنگ _____

ننگہداشت طفل میں سبسڈی _____ بے روزگاری _____

صحت بیمہ ماں: _____ ہاں _____ نہیں

ریفرل کا ماخذ:

ریفر کرنے والی ایجنسی: _____ رابطے کا فرد: _____

سبھی فارم پر نٹنگ کے لیے: <http://www.nassaucountynyny.gov/3765/Partners> پر دستیاب ہیں۔ مکمل کردہ فارم فیکس کے ذریعے 516-227-9644 پر جمع کرائیں

11/2024

ریفرل کی تاریخ: _____ ٹیلیفون نمبر: _____ ای میل: _____

کوئی اور معلومات جو آپ ہمیں بتانا چاہتی ہیں:

ریفرل کے لیے معاہدہ:

میں _____ کو میرے بچے کے لیے ایک پالنا حاصل کرنے کے لیے Nassau کاؤنٹی کے Cribs for Kids® پروگرام کو میری ریفرفل کی معلومات فراہم کرنے کی اجازت دیتی ہوں۔ میں سمجھتی ہوں کہ یہ اس بات کی ضمانت نہیں ہے کہ میں کرب حاصل کرنے کی اہل ہوں۔ میں سمجھتی ہوں کہ میری معلومات خفیہ رکھی جائیں گی اور شیر خوار بچوں کی موت کے خطرے کو کم کرنے کے لیے انہیں تعلیم اور پروگراموں کی منصوبہ بندی کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ میں سمجھتی ہوں کہ آئندہ فالو اپ کے لیے Cribs for Kids پروگرام اور اس کے شراکت داروں کی طرف سے مجھ سے رابطہ کیا جائے گا۔ میں سمجھتی ہوں کہ میرے بچے کے لیے سونے کے لیے سب سے محفوظ جگہ حفاظت کے لحاظ سے منظور شدہ پالنے میں ان کی پیٹھ کے بل سونا ہے۔ میں اس بات سے واقف ہوں کہ یہ پالنا پیسے کے عوض اسٹور کو واپس نہیں کیا جا سکتا۔

بچے کی ماں یا سرپرست _____ تاریخ _____

کیا والدین کو پالنے کے ساتھ آنے والے محفوظ نیند سے متعلق مواد انگریزی یا ہسپانوی میں چاہیے؟ _____