

Cribs for Kids® (کریز فار کڈز®) پروگرام کا وضع حمل کے بعد ریفرل فارم

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

آج کی تاریخ: _____ بچے کی تاریخ پیدائش: _____
(عمر 9 < سال ہونا ضروری ہے)

براہ کرم اس ریفرل فارم کے سبھی حصے مکمل کریں اور 9644-227-516 (516) پر فیکس کریں۔ DOH کو ریفرل کے منظور کر دینے پر، ریفرل 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: _____
شیر خوار کا نام: _____
اس بچے سے رشتہ: _____
اس گھرانے میں بچوں کی تعداد اور عمر: _____
پتہ: _____
شہر _____ ریاست _____ زپ _____

کیا یہ رہائش: □ مستقل □ عارضی ہے

گھر کا فون نمبر: _____ موبائل نمبر: _____
ثانوی رابطے کی معلومات: _____ نام _____ رشتہ: _____
فون نمبر: _____

شیر خوار کی معلومات:

کیا آپ کا بچہ جلدی پیدا ہوا تھا؟ _____ ہاں _____ نہیں _____ اگر ہاں، تو بچہ کتنے ہفتے پہلے پیدا ہوا؟ _____
جڑواں یا متعدد ولادت؟ _____ ہاں _____ نہیں تبصرے: _____
آپ کا بچہ اس وقت کہاں سوتا ہے؟ _____

بچہ کس پوزیشن میں سوتا ہے؟ ☐ پیٹ ☐ پیٹھ ☐ بغل

آبادیاتی معلومات:

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

_____ ہائی اسکول گریجویٹ _____ 4 سالہ کالج گریجویٹ _____

_____ G.E.D. سرٹیفکیٹ _____ گریجویٹ اسکول _____

_____ دیگر، براہ کرم وضاحت کریں _____

نسل: (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 نے حمل کے بعد سگریٹ نوشی کی ہے: 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 ☐

SNAP/اسٹیمپس ☐ سیکشن 8 ہاؤسنگ ☐

نگہداشت طفل میں سبسڈی ☐ بے روزگاری ☐

صحت بیمہ: ماں _____ ہاں _____ نہیں

کیا آپ کے پاس ہے:

□ کرب □ پیک اینڈ پلے □ بیسینیٹ □ دیگر _____

بچے کا وزن: _____ (پورٹیل کریب کے لیے 30 پاؤنڈ سے کم ہونا چاہیے)

بچے کا قد: _____ (پورٹیل کے لیے 35 انچ سے کم ہونی چاہیے)

ریفرل کا ماخذ:

ریفر کرنے والی ایجنسی: _____ رابطے کا فرد: _____

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 ریفرل 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؟ _____