

2017-2018 예비 어머니 신청서

2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

신규 이용 신청서 재이용 신청서

섹션 A: 예비 어머니 정보	
예비 어머니 정보	이름: _____ 중간 이니셜: _____ 성씨: _____ <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	예정일: _____ <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 20 세 미만입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 “예”인 경우, 체크 표시: <input type="checkbox"/> 15 세 이하 <input type="checkbox"/> 16 - 19 세 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하가 19 세를 초과할 경우 십 대 부모인 적이 있었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 35 세를 넘으셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 아기용 의류, 가구, 장비 또는 카시트 지원이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 Early Head Start(EHS)에 추천되셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 추천인: _____ <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 현재 Early Head Start 프로그램에 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	예인 경우, 등록 장소: _____ <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 의료 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 귀하는 치과 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 주치의/조산 간호사가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 귀하는 치과 의사가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 임신에 대해 산전 관리를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	해당 임신이 고위험으로 간주되었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 정신 건강, 불안, 산후 우울증 또는 PTSD 부분에 문제가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하는 현재 WIC 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

예비 어머니 정보	두 번째 예비 부모 정보
성명: 상기 기재	성명: _____
생년월일: _____ / _____ / _____	생년월일: _____ / _____ / _____
주소:	예비 어머니와 함께 거주합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 아닌 경우, 주소: _____
귀하의 인종 또는 민족을 어떻게 정의합니까?	귀하의 인종 또는 민족을 어떻게 정의합니까? <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
통역 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	통역 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
귀하가 구사하는 언어는 무엇입니까? _____	귀하가 구사하는 언어는 무엇입니까? _____ <input style="float: right; width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
예비 어머니 정보	두 번째 예비 부모 정보
기본 전화번호: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지	기본 전화번호: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지
보조 전화번호: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지	보조 전화번호: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지
이메일:	이메일:
귀하에게 연락하기 가장 좋은 방법은 무엇입니까?	귀하에게 연락하기 가장 좋은 방법은 무엇입니까?
귀하에게 연락하기 가장 좋은 시간은 언제입니까? <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 저녁 <input type="checkbox"/> 제한 없음	귀하에게 연락하기 가장 좋은 시간은 언제입니까? <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 저녁 <input type="checkbox"/> 제한 없음

예비 어머니 정보	두 번째 예비 부모 정보
교육 수준(최종 학력에 체크 표시) <input type="checkbox"/> 6 학년 이하 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 7 학년 <input type="checkbox"/> 대학/고급 학위 직업훈련 <input type="checkbox"/> 8 학년 <input type="checkbox"/> 대학 학위/직업훈련 자격증 <input type="checkbox"/> 9 학년 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 10 학년 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 11 학년 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 12 학년(미 수료) <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED)	교육 수준(최종 학력에 체크 표시) <input type="checkbox"/> 6 학년 이하 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 7 학년 <input type="checkbox"/> 대학/고급 학위 직업훈련 <input type="checkbox"/> 8 학년 <input type="checkbox"/> 대학 학위/직업훈련 자격증 <input type="checkbox"/> 9 학년 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 10 학년 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 11 학년 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 12 학년(미 수료) <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED)

섹션 B: 자격 정보 - 가족, 어머니, 두 번째 부모	
가족 정보	현재 귀하의 가족이 TANF 현금 보조를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
	귀하 또는 가족 구성원이 현재 SSI 를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
	귀하의 가족이 자녀 보호 서비스(Child Protective Services)를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
	귀하의 가족이 가족 평가 대응(Family Assessment Response, FAR)의 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
	현재 노숙을 겪고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
	작년 또는 지난 12 개월 동안의 가구 소득: _____
	가구 구성원 수: _____ (임신을 가족 수의 일부로 포함)
	본인, 다른 가족 구성원 및/또는 다른 중요한 사람에 대해 우려되는 부분이 있습니까? (해당되는 항목에 모두 체크 표시)
	<input type="checkbox"/> 장애/근로 불가 <input type="checkbox"/> 직업/고용 <input type="checkbox"/> 가족 또는 친구들의 지원이 거의 또는 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 약물/음주 문제 <input type="checkbox"/> 학습 장애 <input type="checkbox"/> 이민자/난민(지난 3 년) <input type="checkbox"/> 건강 우려 사항 <input type="checkbox"/> 건강 보험 <input type="checkbox"/> 상실/애도 <input type="checkbox"/> 부모(들)의 감금 <input type="checkbox"/> 가정 폭력 <input type="checkbox"/> 주거 <input type="checkbox"/> 법적 분쟁 <input type="checkbox"/> 군 복무(현재 또는 작년) <input type="checkbox"/> 이민 <input type="checkbox"/> 과거에 CPS 관여 <input type="checkbox"/> 지난 12 개월 중 노숙(현재는 아님)
	어떠한 경로로 본 프로그램을 알게 되었습니까? <input type="checkbox"/> 추천 기관: _____ <input type="checkbox"/> 기타: _____

예비 어머니 서명 _____

날짜 _____

본인은 본인이 아는 한 최선을 다해 질문에 답변하였습니다. 본인이 제공한 정보는 본인 자녀의 조기 학습 프로그램 참여 자격을 결정하는 데 사용될 것입니다. 신청서에 작성한 해당 정보는 기밀이며 참여 자격 결정을 위해 사용됩니다. 해당 정보는 이민국 또는 정부 당국에 공개되지 않습니다. 제공된 정보는 후원자인 Head Start 사무소와 공유될 수 있습니다.

Date Received: _____

Date sent to PSESD: _____

Site ID/Name: _____