

2017-2018 गर्भवती महिलाले भर्नुपर्ने आवेदन

2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

प्रारम्भिक आवेदन फर्केको आवेदकले भरेको आवेदन

खण्ड क: गर्भवती महिलालेको जानकारी	
गर्भवती महिलालेको जानकारी	नाम: _____ बीचको नामको प्रथमाक्षर: _____ थर: _____
	बच्चा जन्मने अपेक्षित मिति: _____
	तपाईं 20 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो हो भने कुनै एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> 15 वा सोभन्दा कम <input type="checkbox"/> 16 – 19
	तपाईं 19 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने, के तपाईं कहिल्यै किशोरावस्थामै आमा बन्नुभएको छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	तपाईं 35 वर्षभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको लागि लुगा, फर्निचर, सरसाधन वा गाडीको सिट किन्न सहायता चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो
	तपाईंलाई अर्ली हेड स्टार्ट (इएचएस) मा सिफारिस गरिएको थियो? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो हो भने कसले? _____
	तपाईं हाल अर्ली हेड स्टार्ट कार्यक्रममा भर्ना हुनुभएको छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो
	छ भने कहाँ? _____
	तपाईंको स्वास्थ्य बीमा छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ तपाईंको दाँतको बीमा छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
तपाईंको चिकित्सक/प्रसाविका छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ तपाईंको दन्त चिकित्सक छ? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ	
तपाईंले यो गर्भावस्थामा प्रसवपूर्व स्याहार प्राप्त गर्नुभएको छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	
यो गर्भावस्थालाई उच्च जोखिमको दर्जा दिइएको छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	
तपाईंसँग मानसिक स्वास्थ्य, प्रसवपछि हुने उदासी, चिन्ता, उदासी, पीटीएसडी लगायतका विषयहरूमा चासो वा सरोकारहरू छन्? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	
तपाईंले हाल WIC सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	

गर्भवती महिलालेको जानकारी	गर्भवस्थ शिशुको दोस्रो अभिभावकको जानकारी
नाम: माथि लेखिएको	नाम: _____
जन्म मिति: _____ / _____ / _____ ठेगाना: _____	जन्म मिति: _____ / _____ / _____ गर्भवती आमासँग बस्दै हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो होइन भने ठेगाना लेख्नुहोस्: _____
तपाईंको जाति(हरू)/जातीयता(हरू) कुन हो?	तपाईंको जाति(हरू)/जातीयता(हरू) कुन हो?
तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो
तपाईं कुन भाषा(हरू) बोल्नुहुन्छ? _____	तपाईं कुन भाषा(हरू) बोल्नुहुन्छ? _____

गर्भवती महिलालेको जानकारी	गर्भवस्थ शिशुको दोस्रो अभिभावकको जानकारी
प्राथमिक फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> सन्देश	प्राथमिक फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> सन्देश
दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> सन्देश	दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> काम <input type="checkbox"/> सन्देश
इमेल: _____	इमेल: _____
तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उचित माध्यम के हो?	तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उचित माध्यम के हो?
तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उचित समय कुन हो? <input type="checkbox"/> बिहान <input type="checkbox"/> दिउँसो <input type="checkbox"/> बेलुका <input type="checkbox"/> कुनैपनि समय	तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उचित समय कुन हो? <input type="checkbox"/> बिहान <input type="checkbox"/> दिउँसो <input type="checkbox"/> बेलुका <input type="checkbox"/> कुनैपनि समय

गर्भवती महिलाको जानकारी	गर्भस्थ शिशुको दोस्रो अभिभावकको जानकारी
शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> जीइडी	शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> जीइडी

खण्ड ख: योग्यता सम्बन्धी जानकारी – परिवार, आमा, दोस्रो अभिभावक

परिवारिक जानकारी	के तपाईंको परिवारले हालैमा TANF रकम सहायता पाएको छ?	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	के तपाईंले वा तपाईंको परिवारको सदस्यले हाल SSI प्राप्त गरिरहेको छ?	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	तपाईंको परिवारले बाल संरक्षण सेवाहरू प्राप्त गर्दैछ?	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	तपाईंको परिवारले फेमली एसेसमेन्ट रेस्पोजन्स (FAR) बाट सेवाहरू प्राप्त गर्दैछ?	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	तपाईं अहिले घरवारविहीन हुनुहुन्छ?	<input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ
	गत वर्षको वा पछिल्लो 12 महिनाको घरको आम्दानी: _____	
	तपाईंको घरमा बस्ने मानिसहरूको सङ्ख्या: _____ (गर्भस्थ शिशुलाई पनि परिवारको सदस्यको सङ्ख्यामा समावेश गर्नुहोस्)	
	तपाईंसँग आफू, परिवारका अन्य सदस्य र/वा तपाईंको जीवनसाथीको बारेमा कुनै चिन्ताको विषय छ? (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्)	
	<input type="checkbox"/> अपाङ्गता/काम गर्न नसक्ने <input type="checkbox"/> काम/रोजगारी <input type="checkbox"/> परिवार वा साथीहरूसँग कम सहयोग पाएको वा कुनै पनि सहयोग नपाएको <input type="checkbox"/> लागुपदार्थ/मद्यपान सम्बन्धी समस्याहरू <input type="checkbox"/> सिक्नमा कठिनाई <input type="checkbox"/> आप्रवासी/शरणार्थी (विगत 3 वर्षदेखि) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या <input type="checkbox"/> बीमा कभरेज <input type="checkbox"/> प्रियजन गुमाएको/शोक <input type="checkbox"/> अभिभावक(हरू) जेलमा परेको <input type="checkbox"/> पारिवारिक हिंसा <input type="checkbox"/> आवास <input type="checkbox"/> कानुनी मुद्दाहरू <input type="checkbox"/> सेनामा तैनात भएको (हाल वा अघिल्लो वर्षमा) <input type="checkbox"/> अध्यागमन <input type="checkbox"/> विगतमा सीपीएसमा संलग्नता <input type="checkbox"/> विगत 12 महिनामा घरवारविहीन भएको (अहिले छैन)	
	हाम्रो कार्यक्रमको बारेमा तपाईंले कसरी थाहा पाउनुभयो?	
<input type="checkbox"/> एजेन्सीबाट सिफारिस: _____		
<input type="checkbox"/> अन्य: _____		

गर्भवती महिलाको हस्ताक्षर

मिति

मैले मलाई जानकारी अनुसार सकेसम्म सही जवाफ दिएको छु। मैले प्रदान गरेको जानकारी प्रारम्भिक कक्षा (अर्ली लर्निङ) कार्यक्रमहरूका निम्ति मेरो बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ। तपाईंले आवेदन फाराममा भर्नुभएको जानकारीलाई गोपनीय राखिन्छ र तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ। हामी यो जानकारी अध्यागमन विभाग वा अन्य सरकारी अधिकारीलाई दिदैनौं। यो जानकारी हामीलाई आर्थिक अनुदान दिने दाताहरू: हेड स्टार्टको कार्यालयलाई खुसाला गर्न सकिनेछ।

Date Received: _____

Date sent to PSESD: _____

Site ID/Name: _____