

# 2017-2018 ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ

## 2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

ਅਰੰਭਿਕ ਅਰਜ਼ੀ  ਵਾਪਸੀ ਅਰਜ਼ੀ

ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	
ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ: _____ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਛੋਟਾ ਨਾਮ: _____ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____
	ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ: _____
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਇੱਕ ਉੱਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ: <input type="checkbox"/> 15 ਜਾਂ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> 16 – 19
	ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੀ ਕਿਸੇਰ ਉਮਰ ਦੇ ਮਾਪੇ ਬਣੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 35 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕੱਪੜੇ, ਫਰਨੀਚਰ, ਉਪਕਰਣ, ਜਾਂ ਕਾਰ ਸੀਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਲੀ ਹੈੱਡ ਸਟਾਰਟ (EHS) ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਹੈ, ਇਹ ਕਿਸ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ? _____
	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜਕਲ੍ਹ ਕਿਸੇ ਅਰਲੀ ਹੈੱਡ ਸਟਾਰਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿੱਥੇ? _____
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਕਟਰ/ਦਾਈ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਲਈ ਜਨਮ-ਪੂਰਵ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਇਹ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਉੱਚ ਜੇਖਮ ਸਮਝੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦਿਮਾਗੀ ਸਿਹਤ, ਘਬਰਾਹਟ, ਜਨਮ-ਉਪਰੰਤ ਨਿਰਾਸ਼ਾ, ਜਾਂ PTSD ਸਬੰਧਤ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜਕਲ੍ਹ WIC ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ

ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਦੂਸਰੀ ਵਾਰ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਈ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
ਨਾਮ: ਉੱਪਰ ਸੂਚਿਤ ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ / _____ / _____ ਪਤਾ: _____	ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ / _____ / _____ ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਪਤਾ: _____
ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਤ(ਤਾਂ)/ਨਸਲ(ਲਾਂ) ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕਰਦੇ ਹੋ?	ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਤ(ਤਾਂ)/ਨਸਲ(ਲਾਂ) ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕਰਦੇ ਹੋ?
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ(ਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____	ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ(ਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____
ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਦੂਸਰੀ ਵਾਰ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਈ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼ ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼ ਈਮੇਲ: _____	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼ ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼ ਈਮੇਲ: _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਢੰਗ ਕਿਹੜਾ ਹੈ?	ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਢੰਗ ਕਿਹੜਾ ਹੈ?
ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ ਕਿਹੜਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਸਵੇਰ <input type="checkbox"/> ਦੁਪਹਿਰ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਮ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਵੀ ਸਮਾਂ	ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ ਕਿਹੜਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਸਵੇਰ <input type="checkbox"/> ਦੁਪਹਿਰ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਮ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਵੀ ਸਮਾਂ



ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਦੂਸਰੀ ਵਾਰ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਈ ਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
ਸਿੱਖਿਅਕ ਪੱਧਰ (ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਉੱਚਤਮ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉ) <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 6 ਜਾਂ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਗਰੈਜੂਏਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 7 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ/ਅਗਾਂਹ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 8 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ ਡਿਗਰੀ/ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 9 <input type="checkbox"/> ਸਬੰਧਿਤ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 10 <input type="checkbox"/> ਬੈਚਲਰ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 11 <input type="checkbox"/> ਮਾਸਟਰ'ਜ਼ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 12 (ਡਿਪਲੋਮਾ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> GED	ਸਿੱਖਿਅਕ ਪੱਧਰ (ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਉੱਚਤਮ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉ) <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 6 ਜਾਂ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਗਰੈਜੂਏਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 7 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ/ਅਗਾਂਹ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 8 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ ਡਿਗਰੀ/ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 9 <input type="checkbox"/> ਸਬੰਧਿਤ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 10 <input type="checkbox"/> ਬੈਚਲਰ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 11 <input type="checkbox"/> ਮਾਸਟਰ'ਜ਼ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 12 (ਡਿਪਲੋਮਾ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> GED

**ਸੈਕਸ਼ਨ B: ਯੋਗਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ – ਪਰਿਵਾਰ, ਮਾਂ, ਦੂਸਰੇ ਮਾਪੇ**

<b>ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ</b>	ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਮੌਜੂਦਾ TANF ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਮੈਂਬਰ ਮੌਜੂਦਾ SSI ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਚਾਈਲਡ ਪ੍ਰੋਟੈਕਟਿਵ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (Child Protective Services) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
	ਕੀ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਰਿਵਾਰ ਮੌਜੂਦਾ ਫੈਮਿਲੀ ਅਸੈਸਮੈਂਟ ਰਿਸਪਾਂਸ (FAR) ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜਕਲ੍ਹ ਬੇਘਰਪੁਣੇ ਵਿੱਚੋਂ ਗੁਜ਼ਰ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
	ਪਿਛਲੇ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ: _____	
	ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ: _____ (ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਅਕਾਰ ਦੇ ਭਾਗ ਵਜੋਂ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ, ਹੋਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੋਰਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ)	
	<input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਅਪਾਰਜ/ਅਯੋਗ <input type="checkbox"/> ਨੈਕਰੀ/ਰੋਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਡਰੱਗ/ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ <input type="checkbox"/> ਸਿੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ <input type="checkbox"/> ਪਰਵਾਸੀ/ਸਰਨਾਰਥੀ (ਪਿਛਲੇ 3 ਸਾਲ) <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਚਿੰਤਾ <input type="checkbox"/> ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ <input type="checkbox"/> ਨੁਕਸਾਨ/ਸਦਮਾ <input type="checkbox"/> ਕੈਦੀ ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ ਹਿੰਸਾ <input type="checkbox"/> ਰਿਹਾਇਸ਼ <input type="checkbox"/> ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਾਮਲੇ <input type="checkbox"/> ਮਿਲਟਰੀ ਨਿਯੁਕਤੀ (ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ) <input type="checkbox"/> ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੀ CPS ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ <input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬੇਘਰਪੁਣਾ (ਮੌਜੂਦਾ ਨਹੀਂ)	
	ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲੱਗਾ?	
<input type="checkbox"/> ਇਸ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਏਜੰਸੀ ਹਵਾਲਾ: _____ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਕੋਈ: _____		

ਗਰਭਵਤੀ ਮਾਂ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਮਿਤੀ

ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੂਝ ਅਨੁਸਾਰ ਪੁਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਰੰਭਕ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਹੈ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਲਈ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਡੇ ਫੰਡ ਪ੍ਰਦਾਤਾ: ਆਫ਼ਿਸ ਆਫ਼ ਹੈੱਡ ਸਟਾਰਟ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

Date Received: \_\_\_\_\_

Date sent to PSESD: \_\_\_\_\_

Site ID/Name: \_\_\_\_\_