

Заявление будущей матери 2017-2018 гг.

2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

--

Исходное заявление Заявление на продолжение участия

Раздел А: Сведения о будущей матери

Сведения о будущей матери	Имя: _____ Инициал второго имени: ____ Фамилия: _____	
	Ожидаемая дата родов: _____	
	Вам менее 20 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, отметьте один пункт: <input type="checkbox"/> 15 или менее <input type="checkbox"/> 16 – 19	
	Если вам более 19 лет, были ли вы родителем-подростком? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Вам более 35 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Нужна ли вам помощь в получении одежды, мебели, оборудования или автомобильного детского сиденья? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Получали ли вы направление в программу Early Head Start (EHS)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то от кого? _____	
	Зарегистрированы ли вы в настоящее время в программе Early Head Start? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Если да, то где именно? _____	
	Есть ли у вас медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Есть ли у вас стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Есть ли у вас доктор/акушер? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Есть ли у вас стоматолог? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Велось ли за вами наблюдение во время этой беременности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Считается ли эта беременность связанной с высокой степенью риска? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Есть ли у вас проблемы в области психического здоровья, тревожности, послеродовой депрессии или ПТСР? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Предоставляются ли вам в настоящее время услуги в рамках программы WIC (для женщин, младенцев и детей)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		

Сведения о будущей матери	Сведения о втором родителе, ожидающем ребёнка
ФИО: Указано выше	ФИО: _____
Дата рождения: ____ / ____ / ____	Дата рождения: ____ / ____ / ____
Адрес: _____	Живёте ли вы с будущей матерью? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если нет, укажите адрес: _____
К какой(им) расе(ам)/этнической(им) группе(ам) вы себя относите?	К какой(им) расе(ам)/этнической(им) группе(ам) вы себя относите?
Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
На каком(их) языке(ах) вы говорите? _____	На каком(их) языке(ах) вы говорите? _____

Сведения о будущей матери	Сведения о втором родителе, ожидающем ребёнка
Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений
Второй номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	Второй номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений
Электронная почта: _____	Электронная почта: _____
Как лучше всего связываться с вами?	Как лучше всего связываться с вами?
В какое время лучше всего связываться с вами? <input type="checkbox"/> Утром <input type="checkbox"/> После полудня <input type="checkbox"/> Вечером <input type="checkbox"/> В любое время	В какое время лучше всего связываться с вами? <input type="checkbox"/> Утром <input type="checkbox"/> После полудня <input type="checkbox"/> Вечером <input type="checkbox"/> В любое время



Сведения о будущей матери	Сведения о втором родителе, ожидающем ребёнка
Уровень образования (отметьте наивысшее из оконченных) <input type="checkbox"/> 6 классов или меньше <input type="checkbox"/> Среднее образование <input type="checkbox"/> 7 классов <input type="checkbox"/> Колледж/повыш. квалификации <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат о повышении квалификации <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> 12 классов (без диплома) <input type="checkbox"/> GED («Свидетельство о среднем образовании»)	Уровень образования (отметьте наивысшее из оконченных) <input type="checkbox"/> 6 классов или меньше <input type="checkbox"/> Среднее образование <input type="checkbox"/> 7 классов <input type="checkbox"/> Колледж/повыш. квалификации <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат о повышении квалификации <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> 12 классов (без диплома) <input type="checkbox"/> GED («Свидетельство о среднем образовании»)

Раздел В: Сведения о соответствии критериям – семья, мать, второй родитель	
Сведения о семье	Получает ли ваша семья в настоящее время денежную помощь по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	Получаете ли вы или член вашей семьи пособие Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	Предоставляются ли вашей семье услуги органов по охране детства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	Ведется ли в настоящее время с вашей семьей работа в рамках программы Family Assessment Response («Анализ и реагирование на ситуацию в семье», или FAR)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	Являетесь ли вы в настоящее время бездомным(ой)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	Доход домохозяйства за последний календарный год или последние 12 месяцев: _____
	Количество людей в домохозяйстве: _____ (включите беременность как часть размера семьи)
	Есть ли у вас какие-либо трудности, испытываемые вами, членами вашей семьи или близкими вам людьми? (Отметьте все подходящие варианты)
	<input type="checkbox"/> Инвалидность/неспособность работать <input type="checkbox"/> Работа/трудоустройство <input type="checkbox"/> Мало/нет поддержки от родных и друзей <input type="checkbox"/> Проблемы с алкоголем/наркотиками <input type="checkbox"/> Затруднения в учёбе <input type="checkbox"/> Иммигрант/беженец (за последние 3 года) <input type="checkbox"/> Здоровье <input type="checkbox"/> Медицинская страховка <input type="checkbox"/> Утрата/горе <input type="checkbox"/> Родитель(и) в тюрьме <input type="checkbox"/> Насилие в семье <input type="checkbox"/> Жилье <input type="checkbox"/> Юридические проблемы <input type="checkbox"/> Дислокация в связи с военной службой (текущая или в прошлом году)
	<input type="checkbox"/> Иммиграция <input type="checkbox"/> Прошлые участие в программе CPS <input type="checkbox"/> Бездомность в течение последних 12 месяцев (но не в настоящее время)
Как вы узнали о нашей программе?	
<input type="checkbox"/> По направлению агентства: _____ <input type="checkbox"/> Другое: _____	

Подпись будущей матери _____

Дата _____

Я ответил на данные вопросы, исходя из известной вам информации. На основе предоставленной информации будет определяться соответствие моего ребенка критериям программ раннего развития (Early Learning Programs). Информация из этого заявления конфиденциальна и используется для определения соответствия критериям. Мы не передаем информацию иммиграционным или другим правительственным службам. Предоставленная информация может передаваться нашим спонсорам: Управлению программы Head Start.

Date Received: _____

Date sent to PSESD: _____

Site ID/Name: _____