

# Solicitud para Madre Embarazada 2017-2018

2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

--

Initial Application  Returning Application

## Sección A: Información Sobre la Madre Embarazada

<b>Información Sobre la Madre Embarazada</b>	Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____	
	Fecha Prevista: _____	
	¿Es menor de 20 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, marque uno: <input type="checkbox"/> 15 o menor <input type="checkbox"/> 16 – 19	
	Si es mayor de 19 años, ¿Ha sido alguna vez madre adolescente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Es mayor de 35 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Necesita asistencia para obtener ropa, muebles, equipo o un asiento de carro para su bebé? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Se le refirió a Early Head Start (EHS)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿por quién? _____	
	¿Se encuentra inscrita actualmente en un programa Early Head Start? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? _____	
	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Tiene doctor/partera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene un dentista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Ha recibido cuidado prenatal para este embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Se considera este embarazo de alto riesgo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Tiene alguna inquietud en el área de Salud Mental, Ansiedad, Depresión Posparto o Síndrome de Estrés Post-traumático? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Se encuentra recibiendo servicios de WIC actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Información Sobre la Madre Embarazada	Información Sobre el Segundo Progenitor
---------------------------------------	---

Nombre: Que figura anteriormente Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Dirección ¿De qué manera identifica su(s) raza(s)/etnia(s)? ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué idioma(s) habla? _____	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Vive con la madre embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es negativa, dirección: ¿De qué manera identifica su(s) raza(s)/etnia(s)? ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué idioma(s) habla? _____
---	--

Información Sobre la Madre Embarazada	Información Sobre el Segundo Progenitor
---------------------------------------	---

Número de teléfono principal: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Número de teléfono secundario: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Correo electrónico: ¿Cuál es la mejor manera para comunicarse con usted? ¿Cuál es la mejor hora para comunicarse con usted? <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> A cualquier hora	Número de teléfono principal: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Número de teléfono secundario: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Correo electrónico: ¿Cuál es la mejor manera para comunicarse con usted? ¿Cuál es la mejor hora para comunicarse con usted? <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> A cualquier hora
---	---



Información Sobre la Madre Embarazada	Información Sobre el Segundo Progenitor
<b>Nivel de educación (marque el más alto que haya completado)</b> <input type="checkbox"/> 6 <sup>to</sup> año escolar o menos <input type="checkbox"/> Desarrollo de Educación General (GED) <input type="checkbox"/> 7 <sup>mo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> 8 <sup>vo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Entrena. Avanzado <input type="checkbox"/> 9 <sup>no</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/Certificado de capacitación  <input type="checkbox"/> 10 <sup>mo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 11 <sup>vo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 12 <sup>vo</sup> año escolar (sin diploma) <input type="checkbox"/> Título de maestría	<b>Nivel de educación (marque el más alto que haya completado)</b> <input type="checkbox"/> 6 <sup>to</sup> año escolar o menos <input type="checkbox"/> Desarrollo de Educación General (GED) <input type="checkbox"/> 7 <sup>mo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> 8 <sup>vo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Entrena. Avanzado <input type="checkbox"/> 9 <sup>no</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/Certificado de capacitación  <input type="checkbox"/> 10 <sup>mo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 11 <sup>vo</sup> año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 12 <sup>vo</sup> año escolar (sin diploma) <input type="checkbox"/> Título de maestría

Sección B: Información Sobre Elegibilidad – Familia, Madre, Segundo Progenitor	
<b>Información Familiar</b>	¿Actualmente se encuentra recibiendo su familia ayuda en efectivo de TANF? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Actualmente se encuentra recibiendo SSI usted o algún miembro de su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	¿Recibe su familia Servicios de Protección Infantil (CPS por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Recibe su familia servicios de Intervención Familiar Diferenciada (FAR por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Ingreso familiar durante el último año calendario o los últimos 12 meses: _____
	Número de personas en su hogar: _____ (incluya el embarazo como parte del tamaño de la familia)
	Con el propósito de apoyar a su familia de la mejor manera, por favor marque todas las áreas de inquietud que tiene para usted y /o para su familia.
	<input type="checkbox"/> Discapacidad/No puede Trabajar <input type="checkbox"/> Trabajo/empleo <input type="checkbox"/> Poco o nada de apoyo de parte de la familia o amigos <input type="checkbox"/> Problemas con Drogas/Alcohol <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Inmigrante/Refugiado (últimos 3 años) <input type="checkbox"/> Inquietudes de Salud <input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Pérdida/duelo <input type="checkbox"/> Padre(s) Encarcelado(s) <input type="checkbox"/> Violencia Familiar <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Problemas legales <input type="checkbox"/> Desplazo Militar (actualmente o durante el último año) <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud mental, Depresión Posparto, Ansiedad, Depresión, Síndrome de Estrés Post-Traumático <input type="checkbox"/> Involucración con CPS anteriormente <input type="checkbox"/> Sin vivienda (homeless) en los últimos 12 meses (no actualmente)
	¿Cómo se enteró de nuestro Programa?
<input type="checkbox"/> Referido por la agencia: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Firma de la Madre Embarazada \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He respondido las preguntas de la mejor manera posible. La información que se proporcionó se usará para determinar la elegibilidad de mi niño para los Programas de Educación Temprana. La información en su solicitud es confidencial y se utiliza para determinar la elegibilidad. No revelamos información a inmigración ni a otras autoridades gubernamentales. Es posible que la información proporcionada se comparta con nuestros patrocinadores de fondos: la Oficina de Head Start.

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

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

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