

Заява майбутньої матері на 2017 – 2018 рік

2017-2018 Expectant Mother Application



Total Points

Первісна заява Повторна заява

Розділ А: Відомості про майбутню матір

Відомості про майбутню матір	Ім'я: _____ По батькові (ініціали): _____ Прізвище: _____	<input type="text"/>	
	Очікувана дата: _____	<input type="text"/>	
	Вам до 20 років? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Якщо так, позначте відповідний пункт: <input type="checkbox"/> 15 чи менше <input type="checkbox"/> 16 – 19	<input type="text"/>
	Якщо вам більше 19 років, чи були ви колись неповнолітніми батьками? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
	Вам більше 35 років? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
	Чи потребуєте ви допомоги в отриманні одягу, меблів, обладнання чи дитячого сидіння для автівки для вашої дитини? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
	Вас направляли на програму Early Head Start (EHS)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Якщо так, то хто? _____	
	У даний момент ви приймаєте участь у програмі Early Head Start? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		<input type="text"/>
	Якщо так, то де? _____		
	Чи є у вас медична страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Чи є у вас стоматологічна страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
	Чи є у вас лікар/акушерка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Чи є у вас стоматолог? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
	Чи була медично доглянута ваша вагітність? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		<input type="text"/>
Чи вважається ця вагітність з високим ризиком? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так			
Чи є у вас проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, тривожністю, післяпологовою депресією чи ПТСР? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		<input type="text"/>	
Чи ведеться в цей час з вами робота по лінії WIC? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так			

Відомості про майбутню матір

Ім'я: зазначене вище

Дата народження: _____ / _____ / _____

Адреса: _____

Як ви визначаєте свою расу (раси) або етнічну приналежність? _____

Вам потрібен перекладач? Ні Так

Якими мовами ви розмовляєте? _____

Відомості про другого з майбутніх батьків

Ім'я: _____

Дата народження: _____ / _____ / _____

Чи проживаєте ви з майбутньою матір'ю? Ні Так

Якщо ні, то адреса проживання: _____

Як ви визначаєте свою расу (раси) або етнічну приналежність? _____

Вам потрібен перекладач? Ні Так

Якими мовами ви розмовляєте? _____

Відомості про майбутню матір

Основний номер телефону: _____

Домашній Мобільний Робочий Для повідомлень

Додатковий номер телефону: _____

Домашній Мобільний Робочий Для повідомлень

Ел. пошта: _____

В який спосіб найкраще з вами зв'язатись? _____

В який час найкраще з вами зв'язатись?

Вранці Вдень Ввечері В будь-який час

Відомості про другого з майбутніх батьків

Основний номер телефону: _____

Домашній Мобільний Робочий Для повідомлень

Додатковий номер телефону: _____

Домашній Мобільний Робочий Для повідомлень

Ел. пошта: _____

В який спосіб найкраще з вами зв'язатись? _____

В який час найкраще з вами зв'язатись?

Вранці Вдень Ввечері В будь-який час

Відомості про майбутню матір	Відомості про другого з майбутніх батьків
Рівень освіти (позначте найвищий з закінчених) <input type="checkbox"/> 6 класів чи менше <input type="checkbox"/> Випускник старшої школи <input type="checkbox"/> 7 класів <input type="checkbox"/> Коледж/підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 8 класів <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 9 класів <input type="checkbox"/> Ступінь асистента <input type="checkbox"/> 10 класів <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 класів <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> 12 класів (без диплома) <input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED)	Рівень освіти (позначте найвищий з закінчених) <input type="checkbox"/> 6 класів чи менше <input type="checkbox"/> Випускник старшої школи <input type="checkbox"/> 7 класів <input type="checkbox"/> Коледж/підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 8 класів <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 9 класів <input type="checkbox"/> Ступінь асистента <input type="checkbox"/> 10 класів <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 класів <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> 12 класів (без диплома) <input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED)

Розділ В: Відповідність критеріям програми – сім'я, мати, другий з батьків	
Відомості про родину	Чи отримує ваша родина в цей час грошову допомогу TANF (термінова допомога нужденним сім'ям)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
	Чи отримуєте ви або хтось із членів вашої родини допомогу SSI (додатковий дохід соціального захисту)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
	Чи ведеться в цей час з вашою родиною робота по лінії служби захисту дітей (Child Protective Services, CPS)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
	Чи ведеться в цей час з вашою родиною робота по лінії програми реагування на оцінки родин (Family Assessment Response, FAR)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
	Чи страждаєте ви в даний час через відсутність житла? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
	Доход домогосподарства за останній календарний рік або останні 12 місяців: _____
	Кількість людей у домогосподарстві: _____ (включіть вагітність до розмірів сім'ї)
	Чи є якісь труднощі у вас, членів вашої родини та/або ваших близьких? (Позначте всі відповідні варіанти)
	<input type="checkbox"/> Інвалідність/нездатність працювати <input type="checkbox"/> Робота/працевлаштування <input type="checkbox"/> Мало/немає підтримки від рідних та друзів <input type="checkbox"/> Проблеми з алкоголем/наркотиками <input type="checkbox"/> Труднощі в навчанні <input type="checkbox"/> Іммігрант/біженець (останні 3 роки) <input type="checkbox"/> Проблеми зі здоров'ям <input type="checkbox"/> Медична страховка <input type="checkbox"/> Втрата/горе <input type="checkbox"/> Батьки у в'язниці <input type="checkbox"/> Насильство у родині <input type="checkbox"/> Житло <input type="checkbox"/> Правові проблеми <input type="checkbox"/> Перебування на військовій службі (в цей час або в минулому році) <input type="checkbox"/> Імміграція <input type="checkbox"/> Минула робота по лінії CPS <input type="checkbox"/> Бездомність протягом минулих 12 місяців (не на даний момент)
	Як ви дізналися про нашу програму? <input type="checkbox"/> По лінії агентства: _____ <input type="checkbox"/> Інше: _____

Підпис майбутньої матері

Дата

Я підтверджую, що усі мої відповіді є вірними, наскільки мені це відомо. На основі наданої інформації буде визначатися відповідність моєї дитини критеріям програмам раннього розвитку (Early Learning). Інформація із цієї заяви конфіденційна і використовується для визначення відповідності критеріям. Ми не передаємо інформацію імміграційній або іншим урядовим службам. Надана інформація може бути передана нашим спонсорам: офіс програми Head Start.

Date Received: _____
Date sent to PSESD: _____
Site ID/Name: _____