



Helping Community & Family Thrive

La Iniciativa de Infancia Temprana

Formulario para referir participante

Resumen sobre el programa

El programa de la Iniciativa de Infancia Temprana (*Early Childhood Initiative* o *ECl* por sus siglas en inglés) es un programa voluntario de visitas al hogar para personas o familias que están esperando un bebé o familias con niños pequeños. Para ingresar a nuestro programa, la familia deberá estar esperando o tener bajo su cuidado un niño menor de 12 meses Y vivir en una de nuestras áreas de servicio. Para nuestra oficina de *North Side*, las familias elegibles deberán tener una fecha de parto o un hijo nacido en 2017 y vivir en una de las áreas de las escuelas primarias *Lindbergh, Gompers, Mendota, o Lakeview*. Si no está seguro/a si la familia que está refiriendo o usted mismo/a califica, por favor no dude en llamar a una de nuestras oficinas y preguntar. ¡Será nuestro placer ayudarles!

Información sobre la referencia

Persona/ Organización refiriendo
 Nombre: _____ Fecha: _____
 Teléfono: _____ Agencia/Depto.: _____
 Correo electrónico: _____

¿La familia estuvo de acuerdo con la referencia? Sí, fue un acuerdo verbal Sí, por firma: _____

Información sobre familia

Nombre de persona encargada del cuidado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre de persona encargada del cuidado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Número de teléfono principal: _____
 Teléfono secundario o correo: _____
 Idiomas hablados: _____ Preferencia de idioma para visitas: _____

¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, fecha de parto: _____
¿Está cuidando un niño con menos de 12 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, fecha de nacimiento: _____ Nombre(s) de niño(s): _____

¿Está usted/la familia está inscrito/a en o en la lista de espera para los siguientes programas?

No Sí (por favor indique aquí abajo cuales)

- ¿El programa *Welcome Baby*? Inscrito En la lista de espera
 ¿El programa *Early Head Start*? Inscrito En la lista de espera
 ¿El programa *Nurse-Family Partnership*? Inscrito En la lista de espera

¿Qué tipo de apoyo quisiera su familia?

Allied 2225 Allied Drive #4 Madison, WI 53711 Phone (608) 273-6600 Fax (608) 273-6601	Leopold 3301 Leopold Way #108 Madison, WI 53713 Phone: (608) 273-6955 Fax: (608) 273-6699	North Side 2830 Dryden Dr. Madison, WI 53704 Phone: (608) 572-3818 Fax: (608) 250-6637	Southwest Madison 5810 Russett Road #3 Madison, WI 53711 Phone (608) 273-6625 Fax (608) 273-6624	Sun Prairie 1632 W. Main St. #9 Sun Prairie, WI 53590 Phone (608) 825-2165 Fax (608) 834-1713
--	--	---	---	--