## Resumen sobre el programa

El programa de la Iniciativa de la Temprana Edad (*Early Childhood Initiative* o *ECI* 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 2 años, **Y** vivir en una de nuestras áreas de servicio. Para nuestra oficina de *North Side*, las familias elegibles necesitan 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?** | No | Sí, fecha de parto: |
| **¿Está cuidando un niño  menor de 24 meses?** | No | 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?**