



En Child Care Resources estamos comprometidos a ayudar a los niños y las familias prosperar, proporcionando asistencia financiera para familias elegibles, y informar a los padres de opciones de cuidado infantil disponibles y conectarlos con los recursos de la comunidad para apoyar el desarrollo saludable de toda la familia. Por favor tome un momento y complete este breve cuestionario para que podamos ayudarle mejor y ofrecer un servicio más personalizado. (Cualquier información que comparta se mantendrá estrictamente confidencial).

Dirección de correo electrónico; _____

Necesidades básicas:

1. ¿Esta su hijo actualmente usando pañales? Sí No
 - ¿Actualmente reciben donaciones de pañales de otras agencias? Sí No
 - ¿Qué tamaño de pañales lleva su niño? __
 - Estimado número de pañales usados semanalmente? __
2. ¿Tiene problemas con los gastos de vivienda
 - Facturas de calefacción Sí No Las facturas de electricidad Sí No
Vivienda/ Renta Sí No
3. ¿Sientes que eres capaz de satisfacer las necesidades nutricionales básicas para tu niño familia? Sí o No
 - ¿Está usted familiarizado con el programa WIC (mujeres, infantes y niños) programa? Sí No
 - ¿Necesita referidos para bancos de alimentos locales o despensas? Sí No
 - ¿Necesita referencias para ayuda con sus gastos de vivienda? Sí No

Seguro de salud y otros servicios relacionados:

1. ¿Es usted un destinatario de NJ Family Care u otros planes de salud subsidiados por el estado? Si No
 - Si no ¿desea obtener más información sobre el programa de NJ Family Care? Sí o No
2. ¿Esta su hijo alcanzando hitos fundamentales del desarrollo? Gatear, caminar y hablar?
Si No
 - ¿Está seguro acerca de la pregunta anterior? Si No
 - ¿Desea más información? Sí No
3. ¿Necesita referidos para servicios de salud mental? Sí No
4. ¿Quieres referidos de apoyo de depresión postparto? Sí No
5. ¿Usted o su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial que necesita referidos para apoyo? Si No

Otros:

1. ¿Usted está todavía teniendo problemas de (vivienda, monetario, o el estrés y el afrontamiento) relacionadas con la Tormenta Sandy? Sí No

2. ¿Le gustaría referidos para ropa? Sí No

3 ¿Le gustaría referidos para abrigos? Sí No

4 ¿Le gustaría referidos para juguetes? Sí No

5 ¿Le gustaría referidos para asistencias legales? Sí No

Si necesita más referidos de la comunidad por favor indiquen qué tipo de referidos requiere:

For Official Use Only.

Community Referrals Provided.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diaper Bank | <input type="checkbox"/> Early Intervention | <input type="checkbox"/> Toys |
| <input type="checkbox"/> Utility Assistance | <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Legal Aid Services |
| <input type="checkbox"/> Housing/Rental Assistance | <input type="checkbox"/> Post-Partum Support | <input type="checkbox"/> MCDSS General |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Disability/Special Needs | <input type="checkbox"/> Homelessness Prevention |
| <input type="checkbox"/> Food Bank/Pantries | <input type="checkbox"/> Sandy | <input type="checkbox"/> DCP&P Abuse/Neglect |
| <input type="checkbox"/> SNAP - MCDSS | <input type="checkbox"/> Clothing | <input type="checkbox"/> Advocacy |
| <input type="checkbox"/> Health Insurance | <input type="checkbox"/> Coats | <input type="checkbox"/> SPAN |
| <input type="checkbox"/> Other (please describe) | | |

NW#: _____

Number of referrals given: _____

Program: _____

Subsidy Case Manager: _____

Date: _____