



En Child Care Resources estamos comprometidos a ayudar a los niños y las familias a prosperar, proporcionando asistencia financiera para familias elegibles, e informar a los padres de opciones de cuidado infantil disponibles. Así como conectarlos con los recursos en 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).

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Necesidades básicas:

1. ¿Esta su hijo actualmente usando pañales? ☐ Sí ☐ No

EN CASO AFIRMATIVO:

- ¿Actualmente reciben donaciones de pañales de otras agencias? ☐ Sí ☐ No
- ¿Qué tamaño de pañales lleva su niño? _____
- ¿Desea que compartamos su información con un banco local de pañal para ver si usted es elegible a recibir donación de pañales? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Tiene problemas con los gastos de vivienda?

EN CASO AFIRMATIVO:

- Facturas de calefacción ☐ Sí ☐ No
- Las facturas de electricidad ☐ Sí ☐ No
- Vivienda/ Renta ☐ Sí ☐ No
- Otro: ☐ Si ☐ No Si es si Explique: _____

3. ¿Sientes que eres capaz de satisfacer las necesidades nutricionales básicas para tu niño(a) o familia? ☐ Sí ☐ No

EN CASO DE NO:

- ¿Está usted familiarizado con el programa WIC (mujeres, infantes y niños)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Necesita referidos para bancos de alimentos locales o despensas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está usted familiarizado con el programa de SNAP/MCDSS o Food Stamps? ☐ 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? ☐ Sí ☐ No

- Si no ¿desea obtener más información sobre el programa de NJ Family Care? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Esta su hijo alcanzando las etapas fundamentales del desarrollo? Gatear, caminar y hablar u otros?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

3. ¿Le gustaría que lo refiramos a una evaluación de desarrollo (ASQ-3) para identificar los retos y fortalezas de su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Usted o su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial que necesita referidos de apoyo? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Necesita referidos para servicios de salud mental? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Quieres referidos de apoyo de depresión postparto? ☐ Sí ☐ No

Otros:

1. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el duelo o pérdida de algún ser querido? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Le gustaría referidos para : Ropa/Vestido: ☐ Sí ☐ No Abrigos: ☐ Sí ☐ No
Juguetes: ☐ Sí ☐ No Recursos 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 (write down number):

_____ Diaper Bank	_____ FSC	_____ Legal Aid Services
_____ Utility Assistance	_____ Health Insurance	_____ Early Intervention
_____ Housing/Rental Assistance	_____ Mental/Emotional Health	_____ Developmental Screening
_____ WIC	_____ Post-Partum Support	_____ Homelessness Prevention
_____ Food Bank/Pantries	_____ DCP&P Abuse/Neglect	_____ MCDSS General
_____ Clothing	_____ Disability/Special Needs	_____ SPAN
_____ Coats	_____ Advocacy	_____ SNAP - MCDSS
_____ Toys	_____ School Supplies	
_____ Other (please describe): _____		

WLS #: _____

Total number of referrals given: _____

Program: _____

Staff Initials: _____

Date: _____