

**Red de Intervención Temprana del Condado de McHenry**

**Formulario de Referido Colectivo**

**INFORMACIÓN DE LA AGENCIA:**

Agencia de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Apellido del Niño, Nombre, Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido de los Padres, Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo y método preferidos para contactar a la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLES DE REFERENCIA EN LA SEGUNDA PÁGINA *(por favor marque todas las que le apliquen Y complete el otro lado)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **4-C Community Coordinated Child Care**  Teléfono: 815-344-5510, Fax: 815-344-5520 |  | **Pioneer Center**  Teléfono: 815-759-7047, Fax: 815-759-7298 |
|  | **Head Start**  Teléfono 815-338-8790, Fax: 815-338-5790 |  | **Districto 19** (Alden-Hebron)  Teléfono: 815-648-2442, Fax: 815-648-2339 |
|  | **McHenry County Department of Health**  Teléfono: 815-334-4510, Fax: 815-334-0192 |  | **Districto 50** (Harvard) Washington School  Teléfono: 815-943-6367, Fax: 815-943-0293 |
|  | **Options & Advocacy** *(seleccione una o más- vea atrás para la descripción)*  **\_\_\_ EI \_\_\_ HUG \_\_\_ ARC**  Teléfono: 815-477-4720, x 238, Fax: 815-788-0704 |  | **Districto 200** (Woodstock) Verda Dierzen Early Learning Ctr.  Teléfono: 815-338-8883, Fax: 815-337-5431 |
|  |  |  | **Districto 300** (Carpentersville) deLacey Family Education Ctr.  Teléfono: 224-484-2300, Fax: 224-484-2319 |

|  |  |
| --- | --- |
| Al firmar este formulario, entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirarlo en cualquier momento (a excepción de la información previamente revelada). Tengo derecho a ver lo que se está divulgando y que negar mi consentimiento no afectará los servicios dentro de la agencia original contactada, pero puede resultar en una referencia a otra agencia que no ocurra de manera oportuna. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma   * Estoy de acuerdo en compartir la información anterior con las agencias marcadas * Acepto que las agencias marcadas compartan con la agencia de referencia una actualización sobre el estado de la referencia * Estoy de acuerdo en ser contactado por cualquiera de las agencias marcadas para el seguimiento   **FIRMA DEL PADRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FECHA DE VENCIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Un año a partir de la fecha de la firma.) | ***Uso de Oficina Solamente***  Por favor devuelta a la agencia de referencia en la disposición final:   * Fecha de Remisión Recibida Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Contacto hecho a la familia Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Niño matriculado en el programa Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Program full-child on waitlist Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * No se puede contactar a la familia Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (Después de 3 intentos) |

***COMPLETE LA OTRA PARTE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicios Comunitarios Disponibles para las Familias** | | **Programas de Iniciativa de Prevención para Niños 0-3 años** |
| **4-C Cuidado infantil Coordinado por la Comunidad** | **La Familia…**   * ¿Carece de cuidado infantil para el empleo y necesita asistencia para pagar el cuidado infantil? * ¿Necesita referencias para cuidado infantil o información sobre como seleccionar un programa de cuidado infantil de calidad? * ¿Incluir a un padre adolescente que necesita cuidado infantil para poder asistir a la escuela? | **La Familia…**  Tenga factores de riesgo para niños desde el Nacimiento hasta los tres años en cualquiera de estas áreas:   * ¿Tiene un hijo desde el nacimiento hasta los 3 años? * ¿Recibe WIC, SNAP, TANF, CCAP, O Medicaid/AllKids? * ¿Tiene un arreglo de vida inseguro o está sin hogar? * ¿Tiene un idioma primario diferente al inglés? * ¿Tiene un niño que se determinó que no es elegible para la intervención temprana? * ¿Tiene un cuidador que no sea el padre que está criando al niño? |
| **Head Start** | La Familia…¿Tiene un niño de 3 a 5 años de que se beneficiaria de un programa prescolar gratuito?  * ¿Necesita referencias a servicios sociales locales? * ¿Tiene un ingreso en o por debajo de las pautas federales de pobreza? |
| **Departamento de Salud del Condado de McHenry** | **La Familia…**   * ¿Necesita ayuda con las inmunizaciones? * ¿Necesita pruebas de embarazo o manejo de casos prenatal que incluya una derivación de un obstetra? * ¿Tiene una madre embarazada que necesita ayuda para completar una solicitud de medicad? * ¿Necesita los servicios de WIC (cupones para la formula, paquetes de alimentos, mercado de agricultores)? * ¿Quiere participar en un programa gratuito de seguimiento de bebes de alto riesgo? | Todos los programas de la Iniciativa de Prevención (PI) cubren áreas particulares dentro del Condado de McHenry. Los programas de PI dentro de los distritos escolares cubren a los niños que viven dentro de los límites de su distrito. Cualquier familia que viva fuera de uno de estos distritos escolares está cubierta por Options & Advocacy.   * **Options & Advocacy- Helping Us Grow (HUG program)** * **Distrito 19 (Alden-Hebron)** * **Distrito 50 (Harvard)** * **Distrito 200 (Woodstock)** * **Distrito 300 (Carpentersville)** |
| **Options & Advocacy** | **La Familia…**   * ¿Le preocupa el Desarrollo de su hijo hasta los 3 años? * ¿Quieres recibir una evaluación de desarrollo gratuita? * ¿Tiene un hijo en el espectro del autismo? ¿O sospechas de autismo? * ¿Necesita ayuda con la defensa educativa? * ¿Necesita apoyo con crianza y desarrollo del niño? (vea la Iniciativa de Prevención/Programa HUG) |  |
| **Pioneer Center** | **La Familia…**   * ¿Una madre embarazada o un padre menor de 23 años está dispuesto a participar en formatos individuales y grupales para adquirir habilidades y apoyo? * ¿Tiene un niño/a de 3 a 18 años de edad que pueda tener síntomas que puedan calificar para un diagnóstico de salud mental y tenga dificultades en la escuela, el hogar o en la comunidad? * ¿Tiene Medicaid o la capacidad de pagar de su bolsillo en base a una escala móvil? * ¿Tiene la voluntad de participar en el tratamiento de su hijo? |