

**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 SchoolTeléfono: 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?
 |