



## REFERENCIA A PROGRAMA DE HELP ME GROW DE OHIO DE AGENCIA PÚBLICA DE SERVICIOS INFANTILES

Este formulario se debe usar para hacer una referencia desde cualquier Agencia Pública de Servicios Infantiles (PCSA, en inglés) en el estado de Ohio para Programas Help Me Grow de Ohio para niños de menos de tres años.

<b>Información de la agencia que hace la referencia</b>	
Agencia pública de servicios infantiles (PCSA, en inglés): _____	
Dirección de la agencia: _____	
Nombre de encargado de caso de la agencia: _____	
Tel. del encargado: _____	Correo electrónico del encargado: _____
Nombre del supervisor de la agencia: _____	Tel. del supervisor: _____
Correo electrónico del supervisor: _____	
Fecha de referencia: _____	Firma/inicial de persona que refirió: _____

<b>Referencia de menor a Programa de Help Me Grow de Ohio</b>	
Nombre del niño: _____	
Fecha nacimiento del niño: _____	Sexo (marcar uno):    Masculino    Femenino
Con quién vive el niño actualmente (Marcar uno): Padre/madre biológico(s)    Padre/madre de crianza Familiar/Persona cercana a la familia	
Nombre del adulto actualmente con el niño: _____	
Teléfono del lugar donde el niño vive actualmente: _____	
Dirección donde vive el niño actualmente: _____	
Nombre de padre/madre biológico: _____	Fecha nacimiento de padre/madre biológico: _____
Dirección de padre/madre biológico: _____	
Tel. de padre/madre biológico: _____	Idioma primario que habla: _____

<b>Motivo para referencia (se debe marcar al menos una opción para que se acepte la referencia):</b>	
<input type="checkbox"/> El niño es víctima de maltrato o negligencia comprobados. Referir a Intervención Temprana primero. Si contestó sí, ¿el niño está en custodia de protección?    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> El niño nació afectado por consumo abusivo de sustancias ilegales o ha sido diagnosticado con síntomas de abstinencia de drogas por un médico como consecuencia de exposición a las drogas antes del nacimiento. Consultar informe del médico o del hospital adjunto. Referir a Intervención Temprana primero.	
<input type="checkbox"/> El niño está en una familia con un Plan de servicios para la familia de respuesta alternativa en el que se requieren servicios. Referir a Intervención Temprana y visitas en el hogar.	
<input type="checkbox"/> El niño está en una familia con un Plan de servicios para la familia de respuesta alternativa en el que se recomiendan servicios. Referir a visitas en el hogar.	
<input type="checkbox"/> Otro: <u>En un hogar</u> donde hubo una denuncia comprobada de maltrato o negligencia. Referir a visitas en el hogar.	

<b>Otra información que hará más fácil la conexión</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, hay otros niños en el hogar de este niño de menos de tres años.	
<input type="checkbox"/> Sí, el niño no tiene hogar. <u>Contactarse aquí:</u> _____	
<input type="checkbox"/> Sí, el padre/madre biológicos de este niño está en la cárcel. <u>Contactarse aquí:</u> _____	
<input type="checkbox"/> Sí, se puso fin a los derechos del padre/la madre biológicos del niño de manera definitiva.	
<input type="checkbox"/> Sí, el niño tiene un plan/está programado que se vuelva a reunir con su madre/padre.	
<input type="checkbox"/> Sí, este es un caso abierto actualmente.	
<input type="checkbox"/> ¿Alguna otra información que podría ser útil?	

N.º HEA 8021 (nuevo 8/12)

El uso de este formulario es obligatorio y se debe guardar en el registro del niño.

Se pueden agregar hojas adicionales con el número de referencia de HEA en la esquina superior derecha.