



FORMULARIO DE REMISIÓN PARA VISITAS A DOMICILIO



Completa este formulario y envíalo por fax al 302-295-5988 o por correo electrónico a HelpMeGrow@uwde.org.

Los interesados en solicitar los servicios sin remisión de un tercero pueden llamar al 211 o enviar su código postal por mensaje de texto al 898-211.

(FECHA DE REMISIÓN)

(NOMBRE DEL USUARIO)*

(FECHA DE NACIMIENTO)*

(SI ESTÁ EMBARAZADA, FECHA PROBABLE DE PARTO)

(DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO)*

(DIRECCIÓN)

(DIRECCIÓN [CONT.])

(CIUDAD)

(CÓDIGO POSTAL)*

(TELÉFONO PREFERIDO)*

(NOMBRE)

(TELÉFONO ALTERNATIVO)

Línea fija Celular

Línea fija Celular

Método de contacto preferido del usuario*

Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico

(DÍAS/HORARIOS PREFERIDOS)

(NOMBRE DEL MENOR)

(FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR)

Idioma principal* Inglés Español Criollo haitiano Otro: _____
(OTRO IDIOMA)

Raza* Afroamericana Asiática Birracial Caucásica

Originaria de Hawái/Islas del Pacífico Latina Indígena estadounidense

Otra: _____
(OTRA RAZA/ETNIA)

¿El usuario recibe lo siguiente?

Medicaid TANF Cupones de alimentos WIC No se sabe

Factores de riesgo potenciales a tener en cuenta para la remisión*

(marca todas las opciones que correspondan):

Padre/madre adolescente	Bajos ingresos	Muerte de familiar directo
Hijo/a con discapacidad o enfermedad crónica	Familia de refugiados o inmigrante reciente	Hogar de acogida u otro cuidado temporal
Padre/madre con discapacidad o enfermedad crónica	Trastorno por consumo de sustancias	Despliegue militar
Padre/madre con problemas de salud mental	Inestabilidad habitacional	Padre/madre en la cárcel durante toda la vida del menor
Bajo nivel educativo	Muy bajo peso al nacer	
	Violencia de pareja	
	Abandono o maltrato infantil	

PERSONA QUE REALIZA LA REMISIÓN*

Particular Organismo
DFS Otro

(NOMBRE DE LA PERSONA O ASISTENTE SOCIAL)

(TELÉFONO)

(CORREO ELECTRÓNICO)

(ORGANISMO)

Si es de la DFS, ¿tiene el consentimiento de los padres para divulgar el plan de servicios familiares?

Sí No

Si la remisión es para un menor de 18 años:

(PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

¿Se puede contactar a esta persona respecto de esta remisión?

Sí No

(TELÉFONO)



Attachment &
Biobehavioral
Catch-up



EARLY
HEAD START



Healthy Families
America



Nurse-Family
Partnership
Helping First-Time Parents Succeed



parents as teachers



DELAWARE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health