

FORMULARIO DE REFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Fuente de referencia: _____

Nombre del Cliente: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de parto: _____ **or** Fecha de Nacimiento del Bebé _____
(Debe tener menos de un año para esta clase)

Fecha de la clase programada: _____

(Será programado por el personal del departamento de salud)

¿Elegible para WIC por ingreso familiar? SI NO

¿Necesitas una cuna portátil? SI NO

(Doesn't already have a crib or Cribette?)

¿Desea información sobre los programas de visitas domiciliarias? SI NO

Comentarios: _____

Nombre de la persona que completo este formulario: _____

Por favor, envíe el formulario completo por fax 330-493-9932 O Llame a 330-493-9928.

Pautas para programar:

1. Debe ser elegible por ingresos para 185% FPL
2. No tiene un lugar seguro para que el bebé duerma
3. Dispuesto a recibir educación sobre el sueño seguro y hacer un seguimiento 1 mes
4. Programe a las mujeres embarazadas para que vengan a una clase de cunas cuando tengan al menos 32 semanas de embarazo
5. Los bebés deben tener menos de 1 año y pesar menos de 30 libras

Financiado por el Departamento de Niños y Jóvenes

Q Safe Sleep File
June 2026