



For Office Use Only:
 RST Entered _____
 MIS Entered _____

HEALTHY FAMILIES WASHINGTON HEIGHTS REFERRAL FORM

Email completed form to healthyfamilies@dwdc.org or fax 646-861-0963

Healthy Families Washington Heights is committed to the families in the community and provides in-home support to expectant families and families with newborns living in the zip codes 10032, 10033, 10034, 10040. Each family will work with a Family Support Worker who meets with the family in their home up to four times a month. Visits begin when the family enters the program, and may continue until the child begins school.

Date: _____

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone: _____

Email: _____

Address: _____

ZIP CODE: 10032 10033 10034 10040

Note: If in another zip code, visit: healthyfamiliesnewyork.org to find more program locations.

PREFERRED LANGUAGE:

English Spanish Other _____ Specify

Date of 1st Prenatal Visit: _____

Due Date OR Date of Last Menstrual Period OR Child's Date of Birth: _____

Please check all that apply:

Single (Not Married) Under the age of 21 Have Financial Needs

CURRENT SERVICES:

Medicaid Food Stamps WIC Other _____

REFERRING PROGRAM/ORGANIZATION CONTACT INFORMATION:

Organization Name: _____ Phone: _____

Name, Title: _____ Email: _____

Address: _____

FOR FAMILIES

I understand that I will be contacted by a staff member from the Healthy Families Washington Heights program and that their services are free and voluntary.

Caregiver's Signature: _____ Date: _____





For Office Use Only:

 RST Entered _____ MIS Entered _____

FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA FAMILIAS SALUDABLES DE WASHINGTON HEIGHTS

Envíe por correo electrónico los formularios completados a healthyfamilies@dwdc.org o por fax al 646-861-0963

Familias Saludables de Washington Heights está comprometida con las familias de la comunidad y provee apoyo en el hogar para familias que esperan la llegada de un bebé y las familias con recién nacidos que viven en los códigos postales **10032, 10033, 10034, 10040**. Cada familia trabajará con una trabajadora de apoyo familiar que se reúne con la familia en su casa hasta cuatro veces al mes. Las visitas se inician cuando la familia entra en el programa y puede continuar hasta que el niño comience la escuela.

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

CÓDIGOS POSTALES: 10032 10033 10034 10040

Nota: Si está en otro código postal, visite: healthfamiliesnewyork.org para encontrar más lugares del programa.

IDIOMA PREFERIDO:

 Inglés Español Otro: _____
Especificar

Fecha de la primera visita prenatal: _____

Fecha de Parto El Último Período Menstrual La Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Por favor, marque todas las que apliquen:

 Soltero (No Casado) Menores de 21 años Tienen necesidades financieras

SERVICIOS ACTUALES:

 Medicaid Cupones de alimentos WIC Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROGRAMA DE REFERENCIA O ORGANIZACIÓN:

Nombre de Organización: _____ Teléfono: _____

Contacto, Título: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

PARA FAMILIAS

Entiendo que voy a ser contactado por un miembro del programa Familias Saludables de Washington Heights y que sus servicios son gratis y voluntarios.

Firma del cuidador: _____ Fecha _____