



**JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HOME VISITING PROGRAM  
Confidential Referral Form**

**Phone: 951-222-7872, Fax: (951)788-0423, OR encrypted email to [HomeVisit@jUSD.k12.ca.us](mailto:HomeVisit@jUSD.k12.ca.us)  
1 referral form per client (child)**

**REFERRALS ACCEPTED FOR THOSE WHO MEET ANY OF THE FOLLOWING CRITERIA & AT LEAST ONE RISK BELOW:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parent/caregiver/guardian with 2 or more children less than 5 years old | <input type="checkbox"/> Transportation issue (isolation, unable to reach center-based locations) |
| <input type="checkbox"/> Receiving Cal Fresh, Medi-Cal (MC):MC# _____                            |   |
| <input type="checkbox"/> Receiving CalWORKS  |   |
| <input type="checkbox"/> Receiving other public service: _____                                   |   |
| <input type="checkbox"/> First time pregnancy or Teenage pregnancy                               |   |
| <input type="checkbox"/> Single Parent Household   | <b>JUSD offers these HV models:</b>   |
| <input type="checkbox"/> First Generation/Immigrant/Refugee                                      | <input type="checkbox"/> Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPI)             |
|  | <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (PAT)  |
|  | <input type="checkbox"/> ParentChild+   |

Date: \_\_\_\_\_ Person making referral: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_  
 Agency Name: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian or appropriate party must consent for referral and release must be sent with referral**

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sibling(s):  Yes  No  
 Sibling(s), DOBs of sibling(s): \_\_\_\_\_  
 Parent Contact Name: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
 Home address: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Does client understand English?  Yes  No Preferred language: \_\_\_\_\_  
 If pregnant, is pregnancy confidential to (kept privately from) to family/others?  Yes  No

**Risk Factors (Known and/or Suspected – Please check ALL that apply.)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mental health condition/diagnosis                        | <input type="checkbox"/> Medical diagnosis/complexity   |
| <input type="checkbox"/> Mental health concern(s)                                 | <input type="checkbox"/> History of or currently in foster care system                                  |
| <input type="checkbox"/> Risk of developing maternal depression/anxiety           | <input type="checkbox"/> Exposed to trauma/violence   |
| <input type="checkbox"/> History of or risk of substance use                      | <input type="checkbox"/> History or at risk of involvement with DCFS                                    |
| <input type="checkbox"/> History or risk of entry into juvenile justice system    | <input type="checkbox"/> Previous low birthweight baby (less than 5 lbs., 8                             |
| <input type="checkbox"/> History of or risk of entry into criminal justice system |   |
| <input type="checkbox"/> Special needs (deaf, hard of hearing, developmentally-   | <input type="checkbox"/> Less than HS education or GED <input type="checkbox"/> 19 years old or younger |
| delayed, blind, physical disability, development disability)                      | <input type="checkbox"/> No Support System <input type="checkbox"/> Stressed Family                     |
| <input type="checkbox"/> Housing issue (homelessness, unstable housing)           | <input type="checkbox"/> Unsafe living conditions <input type="checkbox"/> Others _____                 |

Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Distrito escolar unificado de Jurupa  
Programa de visitas al hogar**

**Formulario de referencia confidencial**

**Teléfono: 951-222-7872, Fax: (951)788-0423, o correo electrónico encriptado a [HomeVisit@jUSD.k12.ca.us](mailto:HomeVisit@jUSD.k12.ca.us)**

**1 formulario de referencia por cliente (niño)**

**REFERENCIAS ACEPTADAS PARA LOS QUE CONOZCA CUALQUIER DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y POR LO MENOS UN RIESGO A CONTINUACIÓN:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> padre / cuidador / tutor con 2 o más niños de menos de 5 años de edad | <input type="checkbox"/> transporte (aislamiento, incapaz de llegar al centro-ubicaciones basadas) |
| <input type="checkbox"/> Recibe Cal Fresh, Medi-Cal (MC):MC# _____                             |  |
| <input type="checkbox"/> Recibe CalWORKs   |  |
| <input type="checkbox"/> Recibe otro servicio público: _____                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Primer embarazo o embarazo adolescente                                | <b><u>JUSD ofrece estos modelos HV:</u></b>  |
| <input type="checkbox"/> hogar monoparental  | <input type="checkbox"/> Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPI)              |
| <input type="checkbox"/> Primera generación/inmigrante / refugiado                             | <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (PAT)   |
|  | <input type="checkbox"/> ParentChild+  |

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona que haciendo la referencia: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
 correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**El padre / tutor o la parte correspondiente debe dar su consentimiento para la referencia y la liberación debe enviarse con la referencia**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hermano(s):  Sí  No  
 Fecha de nacimiento de hermano/a(s): \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto del padre: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección del hogar: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ ¿El cliente entiende inglés?  Sí  No Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
 Si está embarazada, ¿es confidencial el embarazo (mantenido en privado) para la familia / otros?  Sí  No

**Factores de riesgo (conocidos y / o sospechosos: marque TODOS los**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condición de salud mental / diagnóstico  | <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico / complejidad                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental  | <input type="checkbox"/> Historia o actualmente en el sistema de cuidado de crianza     |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de desarrollar depresión / ansiedad materna   | <input type="checkbox"/> Expuesto a trauma / violencia                                  |
| <input type="checkbox"/> Historia o riesgo de uso de sustancias   | <input type="checkbox"/> Historia o riesgo de involucrarse con DCFS                     |
| <input type="checkbox"/> Historia o riesgo de ingreso al sistema de justicia juvenil  | <input type="checkbox"/> bebé de bajo peso al nacer (menos de 5 lbs., 8 oz.)            |
| <input type="checkbox"/> Historial o riesgo de ingreso al sistema de justicia penal   | <input type="checkbox"/> Vivir inseguro <input type="checkbox"/> Sin sistema de soporte |
| <input type="checkbox"/> Necesidades especiales (sordo, con problemas de audición, retraso del desarrollo, ceguera, discapacidad física, discapacidad del desarrollo) | <input type="checkbox"/> Menos que la educación secundaria o GED                        |
| <input type="checkbox"/> Problema de vivienda (falta de vivienda, vivienda inestable)   | <input type="checkbox"/> 19 años o menos  |
|   | <input type="checkbox"/> Familia estresada  |
|   | <input type="checkbox"/> otros _____  |

**Comentario:** \_\_\_\_\_