

**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
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 | JUSD offers these HV models: |
| <input type="checkbox"/> First Generation/Immigrant/Refugee | <input type="checkbox"/> Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) |
| | <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (PAT) |
| | <input type="checkbox"/> ParentChild+ |

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

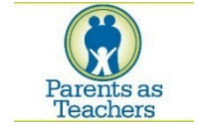
Parent/Guardian or appropriate party must consent for referral and release must be sent with referral

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

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 | <u>JUSD ofrece estos modelos HV:</u> |
| <input type="checkbox"/> hogar monoparental | <input type="checkbox"/> Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) |
| <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: _____
