|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989AS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO Y SU FAMILIA****CHILD AND FAMILY INFORMATION** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|       |       |
| Nombre del padre / madre / tutor | Nombre del padre / madre/ tutor  |
|       |       |
| Relación con el niño  | Relación con el niño |
|       |       |
| Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       | WI |       |       |       | WI |       |
| Número de teléfono | Número de teléfono |
|       |       |
| Número de teléfono alternativo  | Número de teléfono alternativo  |
|       |       |
| Dirección de correo electrónico (*email address*) | Dirección de correo electrónico (*email address*) |
|       |       |
| Nombre de otro cuidador  | Número de teléfono de otro cuidador | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |       |       | WI |       |
| Primer idioma del padre / madre / tutor  | Primer idioma del niño  |
|       |       |
| Raza del niño | Etnicidad del niño: Hispano |
|       | [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre de la persona con quien pasa el día | Relación |
|       | [ ]  Mamá [ ]  Papá [ ]  Proveedor de cuidado de niños (Nombre)       [ ]  Otro (especifique)        |
| Indique a otros en el hogar del niño (Incluir mascotas) |
|       |
| Indique a otras personas importantes en la vida del niño |
|       |
| Nombre / título / información de contacto de la fuente de referencia  |
|       |
| Nombre del proveedor de cuidado médico primario / médico a domicilio  |
|       |
| Apoyos de la comunidad (Seleccione los servicios y programas que el niño / su familia utilizan) |
| [ ]  BadgerCare Plus | [ ]  Health Department | [ ]  SSI |
| [ ]  CYSHCN | [ ]  Healthy Start | [ ]  W2 |
| [ ]  Department of Human Services | [ ]  Katie Beckett | [ ]  WIC |
| [ ]  Centro de recursos para la familia  | [ ]  Biblioteca  | [ ]  YMCA/YWCA |
| [ ]  Apoyo a la familia | [ ]  Medicaid/MA | [ ]  Grupos de apoyo        |
| [ ]  Head Start | [ ]  FACETS | [ ]  Otro        |