

**SOLICITUD PARA FONDOS ESTATALES PARA MATERNIDAD  
(COMPROBANTE, HISTORIA SOCIAL Y PLAN DE SERVICIO)  
SERVICIOS DE EMBARAZO RIESGOSO**

Fecha de hoy:

1. INFORMACIÓN DE LA AGENCIA			
A. Agencia		B. Trabajador social	
C. Dirección		D. Número de teléfono Extensión E. Correo electrónico	
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
A. Apellido del solicitante	B. Primero	C. Inicial segundo nombre	D. La prueba de la Ciudadanía de EE.UU.
F. Fecha de nacimiento	G. Raza	H. No. de embarazos previos	I. Resultado de los embarazos previos Nacimiento vivo                      Aborto Otro
J. Estado civil		K. Último grado completado	L. Convenio actual de vivienda
M. Dirección			N. Fecha esperada de alumbramiento
			O. Fecha de admisión anticipada
P. Personas que viven en el mismo hogar (aparte del solicitante)			Q. Empleador actual del solicitante
Nombre	Edad	Relación con el solicitante	R. Dirección del empleador del solicitante

**S. Fuentes de ingresos**

Fuente	Cantidad bruta mensual \$
--------	------------------------------

**T. Recursos disponibles mensuales para costos de colocación**

Solicitante \$	Seguro privado \$	Padres/parientes \$	Padre expectante \$	Otros \$	Agencia que remite \$
-------------------	----------------------	------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------------

**U. Complete esta Sección si el Solicitante es menor de 18 años**

Apellido del padre/madre	Primer nombre
Empleador actual	Dirección del empleador

**V. Únicamente para uso oficial**

Tamaño de la familia	Límite de ingresos para este tamaño de familia \$	¿Elegible para TANF? <input type="checkbox"/>	Número de NCDSS
----------------------	---	--	-----------------

**3. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA Y PLAN DE SERVICIOS**

A. ¿Es éste un embarazo de alto riesgo? Si sí, explique.

B. ¿Cuál es el plan actual del solicitante para ella misma y su niño(a) después del alumbramiento?

C. Describa su sistema de apoyo/amigos/familia.

D. ¿Qué esfuerzos se han hecho o se están haciendo para ayudarla a recibir los servicios necesarios y apoyo localmente para evitar la colocación residencial?

E. ¿Por qué se está considerando la colocación residencial?

F. ¿Ha recibido ella SMF anteriormente? Si sí, describa la colocación incluyendo la transmisión residencial, el año de ingreso y el resultado para ella y su niño(a).

**G. Plan de servicio para el solicitante y el niño(a)**

Servicio	Proveído actualmente (Agencia de lista)	Planificado para (Agencia de lista)	No necesario	Rehusado
Educación				

Consejería/apoyo emocional				
Empleo y capacitación				
Planificación familiar				
Cupones para alimentos				
Alojamiento después del alumbramiento				
Asistencia para ingresos – TANF, IV-D, etc.				
Educación para crianza				
WIC u otro Plan nutricional				
Otro				

H. ¿Cómo apoyará la agencia que refiere este Plan de servicio?

#### 4. PLAN DE CUIDADO RESIDENCIAL RECOMENDADO

##### A. Convenio de vivienda propuesto

- Convenio de Pensión
  Hogar de familia sustituta con licencia  
 Hogar de un pariente responsable no legalmente
  Hogar de maternidad: Nombre

B. Explique de que manera esta colocación es la menos restrictiva así como la colocación más rentable posible para este solicitante.

C. Proveedor actual de Cuidados Médicos

D. Convenio alternativo de vivienda (complete esta sección si el convenio residencial no es el hogar para maternidad)

D.1. ¿Se adjunta el formulario DSS 6189 (Rev. 11/03)?

D.2. Fecha de la visita en el lugar

D.3. Nombre del Convenio de vivienda de manutención individual

D.4. Dirección

D.5. Describa el ambiente físico (acomodamiento para dormir, privacidad, espacio para pertenencias personales, instalaciones para servicios sanitarios, calefacción)

D.6. Describa el Plan de nutrición y alimentación

D.7. Describa las instalaciones para lavandería

D.8. Describa los recursos para transporte (necesidades de emergencia, necesidades médicas y accesibilidad a otros recursos)

Describa el apoyo emocional encontrado

D.9.

Describe la satisfacción de necesidades especiales  
D.10

### 5. CERTIFICACIÓN

Yo certifico que la información que he proporcionado es exacta y completa a mi leal saber. Entiendo que esta información podría ser verificada.

A. Firma del solicitante

B. Fecha

C. Firma del Padre/Madre (si el solicitante es un menor )

D. Fecha

E. Firma del Trabajador social

F. Fecha

Envíe la solicitud original a Si necesita información adicional, llame al número 919 733-2538.  
Coordinador para Fondos Estatales de Maternidad  
Servicios de Bienestar del Niño y Apoyo Familiar  
División NC de Servicios Sociales  
2409 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-2409