

## Interest Form - Formulario de Interés

This program is free and voluntary, no matter your immigration status, insurance, or income. Participating does NOT affect the "public charge" immigration test.

*Este programa es gratuito y voluntario, independientemente de su estado migratorio, seguro o ingresos. Su participación NO será considerada en una determinación de carga pública.*

Date: \_\_\_\_\_ Outreach Location: \_\_\_\_\_ Staff Name: \_\_\_\_\_

### Your Information (Su información)

(For staff)  Address confirmed – Best Start Community service area

Your Name (Su nombre): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_  
(Domicilio) (Número de apartamento)

Mobile Phone: \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono móvil)

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ Zip Code (Código Postal): \_\_\_\_\_

Other Phone: \_\_\_\_\_  
(Otro número de teléfono)

Your date of birth (Su fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
(Correo electrónico)

Are you (or is your partner) pregnant? (¿Está usted o su pareja embarazada?)

Yes (Sí)  No

If yes, list the hospital where you plan to give birth

(Si marcó que sí, indique el hospital donde planea dar a luz): \_\_\_\_\_

If you have already given birth ... (Si usted ya ha dado a luz...)

Your youngest child's full name: \_\_\_\_\_  
(Nombre completo de su hijo/a menor)

Their date of birth: \_\_\_\_\_  
(La fecha de nacimiento de su hijo/a)

Their sex assigned at birth:  Boy (niño)  Girl (niña)  
(El sexo que fue asignado su hijo/a al nacer)

Yes, I'm interested in the Healthy Families America program.  
(Sí, estoy interesada/o en el programa Healthy Families America.)

Preferred Language (Idioma preferido):

English (Inglés)  Spanish (Español)

Other (Otro): \_\_\_\_\_

You can contact me by (check all that apply):

(Me pueden contactar por) (marque todos los que correspondan)

Phone call (Teléfono)  Text (Texto)  Email (Correo electrónico)

By selecting "Yes," I give permission for a Healthy Families America representative at a nearby organization to contact me. A representative of that agency may search First 5 LA's electronic system in order to confirm that I am not currently enrolled and actively participating in another home visiting program in the network. (Al seleccionar "Sí", yo autorizo a que un representante de Healthy Families America de una organización cercana se comuniquen conmigo. Un representante de esa agencia puede buscar el sistema electrónico de First 5 LA para confirmar que actualmente yo no esté inscrito(a) ni participando activamente en otro programa de visitas domiciliarias dentro de la red.)

It's OK to also mail information to the address listed above.

(También estoy de acuerdo en que se envíe información a la dirección que aparece arriba.)

Yes (Sí)  No

\_\_\_\_\_  
Signature (Firma)

Rev. 2-2-24

Questions? Call us (¿Tiene preguntas? Llámenos): 818-740-5904

Learn about home visiting programs in L.A. County

(Aprenda sobre los programas de visitas domiciliarias en el Condado de L.A.):

[eDirectory.HomeVisitingLA.org](http://eDirectory.HomeVisitingLA.org)

### Circumstances/Circunstancias

We understand these are sensitive subjects, but knowing this information will help us find the best resources to help you and your family. Please check any of these that apply to you:

*Comprendemos que estos son temas sensibles, pero saber esta información nos ayudará a encontrar los mejores recursos para ayudarle a usted y a su familia. Por favor, marque todos los que se apliquen a usted:*

- Mental health condition/diagnosis (or suicide attempt within 1 year) - *Condición/diagnóstico de salud mental (o intento de suicidio dentro de un año)*
- Maternal or paternal depression/anxiety - *Depresión/ansiedad materna o paterna*
- Involvement with DCFS (current or past)/removal of child from home - *Involucramiento con DCFS (actual o pasado)/retiro de un niño de su hogar*
- Maternal or paternal substance abuse (current or past) - *Abuso de sustancias por parte del padre o la madre (actual o pasado)*
- Entry into juvenile justice system - *Entrada al sistema de justicia juvenil*
- Entry into criminal justice system - *Entrada al sistema de justicia criminal/penal*
- Special needs (caregiver or children) - *Necesidades especiales (del proveedor de cuidado o de los niños/as)*
- Medical diagnosis and complexity - *Diagnóstico y complejidad médica*
- Housing issue (i.e., unstable housing) - *Problemas de vivienda (ej. hogar inestable)*
- Exposed to trauma/violence - *Exposición traumática/violencia*
- Intimate partner violence - *Violencia de pareja íntima/violencia doméstica*
- Less than high school education or GED - *No tiene un diploma de escuela secundaria (high school) o GED*
- Previous preterm birth (less than 37 weeks) - *Parto prematuro previo (menos de 37 semanas)*
- Previous low birth weight baby (less than 5 lb. 8 oz.) - *Anteriormente tuvo un bebé con bajo peso al nacer (menos de 5 lb. 8 oz.)*
- Loss of baby or child - *Pérdida de un bebé o hijo/a*
- Unsafe physical living conditions - *Condiciones físicas de vivir son inseguras*
- Family in crisis - *Familia en crisis*
- 19 years of age or younger - *19 años de edad o menos*
- Involvement in foster care system - *Involucramiento con el sistema de cuidado de crianza temporal (foster care)*
- No support system - *Sin sistemas de apoyo*
- Lack of medical insurance - *Falta de seguro médico*
- (One or more of these applies to me, but I prefer not to specify at this time.) - *Una o más de éstas se aplican a mí, pero prefiero no especificarlas en este momento.*

*Thank you very much - Muchas gracias.*

This program is funded by First 5 LA, which seeks to ensure that every child in Los Angeles County will reach their full developmental potential throughout the critical years of prenatal to age 5. First 5 LA is the administrator of the electronic system used to record data about referrals and/or services that you receive through this home visiting agency. First 5 LA contracts with data administrators to provide technical support to the home visiting programs. The authorized data administrators may use information that you list on this form for the purpose of providing support and/or quality assurance.

Este programa está financiado por First 5 LA, el cual trabaja para asegurarse de que cada niño/a en el Condado de Los Ángeles alcance su máximo potencial de desarrollo a lo largo de los años críticos, desde la etapa prenatal hasta los 5 años. First 5 LA es el administrador del sistema electrónico usado para registrar datos sobre referencias y/o servicios que usted recibe a través de esta agencia de visitas domiciliarias. First 5 LA contrata a administradores de datos para proporcionar apoyo técnico a los programas de visitas domiciliarias. Los administradores de datos autorizados pueden usar la información que usted lista en este formulario con el fin de proporcionar apoyo y/o de asegurar la calidad.

**Questions? Call us (¿Tiene preguntas? Llámenos): 818-740-5904**

**Learn about home visiting programs in L.A. County**

**(Aprenda sobre los programas de visitas domiciliarias en el Condado de L.A.):**

**[eDirectory.HomeVisitingLA.org](http://eDirectory.HomeVisitingLA.org)**