

## THRIVE BY FIVE: NOTIFICACIÓN INFORMATIVA Y FORMULARIO DE OPCIÓN

¡Buenas noticias! Puede ser elegible para participar en el programa Thrive by Five (Prosperar Por Cinco) de CalWORKs. Este programa ofrece apoyo y servicios integrales para usted y su familia.

### ACERCA DE LOS SERVICIOS DE THRIVE BY FIVE

El Departamento de Servicios Humanos del Condado de Santa Cruz se compromete a brindar acceso a recursos de atención médica y desarrollo infantil a las familias de CalWORKs con mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años. Estos servicios son parte del programa Thrive by Five del condado y del programa de Visitas a Casa de California (California's Home Visiting Program).

Thrive by Five es un programa voluntario que lo conecta con un profesional capacitado que programa visitas regulares con usted para brindarle orientación, capacitación, acceso a atención prenatal y postnatal, recursos de aprendizaje temprano y otros servicios sociales y de salud para usted y sus hijos.

Su familia puede ser elegible para recibir estos servicios por hasta sesenta meses o hasta el quinto cumpleaños de sus hijos. Lo que ocurra más tarde.

### BENEFICIOS DE THRIVE BY FIVE

Su familia puede recibir muchos beneficios positivos al participar en Thrive by Five, incluyendo mejorar su habilidad para:

- Mantener a usted y a su bebé saludables
- Ser el mejor padre/madre que pueda ser
- Lidar con el estrés de manera saludable
- Apoyar el desarrollo de su hijo
- Obtener oportunidades de empleo y de entrenamiento
- Obtener referencias para beneficios y recursos disponibles para usted y sus hijos
- Inscribirse en servicios de cuidado infantil de alta calidad sin costo para usted

La trabajadora social de Thrive By Five le brindará apoyo, guía, preparación y conexiones a recursos importantes que ayudan a mejorar el futuro educativo, social, económico y financiero de la salud de sus familias. Usted puede ser referido a una enfermera personal que trabajará con usted para tener un embarazo saludable y una familia próspera.

### ELIGIBILIDAD PARA THRIVE BY FIVE

Para ser elegible para los servicios debe cumplir con uno de los siguientes criterios:

- Ser un miembro de la unidad de asistencia de CalWORKs
- Ser el padre/madre o pariente encargado de un caso de niño/a solamente y el niño/a tiene menos de 60 meses de edad en el momento en que la persona se inscribe en el programa
- Una persona embarazada que es elegible para CalWORKs

Si no cumple con uno de los criterios enumerados anteriormente, aún puede ser elegible para participar según su ubicación. Para participar como voluntario en el programa, firme y devuelva este formulario.

## PROSPERAR POR CINCO SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

**Si**, me gustaría ser voluntario para participar en el programa de Thrive by Five y entiendo que puedo cancelar voluntariamente los servicios en cualquier momento.

Me ofrezco como voluntario para recibir servicios de visitas a casa para mi(s) hijo(s) que se enumeran a continuación:

\_\_\_\_\_

Nombre del niño (Edad)

\_\_\_\_\_

Nombre del niño (Edad)

\_\_\_\_\_

Nombre del niño (Edad)

**Estoy Embarazada.** Mi fecha aproximada para dar luz es \_\_\_\_\_.

**No**, no quiero ser voluntario para participar en Thrive by Five en este momento, pero entiendo que puedo ser voluntario para participar en Thrive by Five en el futuro informando a mi trabajador de CalWORKs, quien determinará si todavía soy elegible para participar.

**Motivo(s) para rechazar los servicios de Thrive by Five:**

Actualmente recibo servicios similares.

No siento que el programa proporcionará ningún beneficio.

No estoy interesado en recibir servicios de Thrive by Five.

Otro: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

- La información que proporcioné se compartirá con las agencias asociadas con Thrive by Five para que puedan comunicarse conmigo y programar un horario para que comiencen las citas.
- Certifico que estoy embarazada o que soy el padre/madre o pariente encargado de los niños mencionados anteriormente.
- Este programa es 100% voluntario, y puedo cancelar los servicios en cualquier momento notificando al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Santa Cruz.
- Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes.
- Me ofrecieron o proporcionaron una copia de este formulario.
- La participación en este programa no afectará mi elegibilidad para otros beneficios, apoyos o servicios de CalWORKs, incluidas las exenciones de CalWORKs.

<b>Nombre del caso</b>	<b>Número de caso</b>
<b>Nombre del padre o pariente encargado</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Firma del padre or pariente encargado</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre del personal del condado</b>	<b>Teléfono</b>