

Birth & Beyond Family Resource Centers  
**Tsev Neeg Daim Foom Ntaub Ntawv: Me Nyuam Cov Ntaub Ntawv**

How many total children?



Hnub Tim Ntawm Hnub No(Hli/Hnub/Xyoo):	
Me Nyuam Lub Npe Tiag:	
Me Nyuam Lub Npe Ua Si:	
Me Nyuam Lub Xeem:	
Hnub Yug(Hli/Hnub/Xyoo):	
Poj Niam Los Txiv Neej:	<input type="checkbox"/> M Txiv Neej <input type="checkbox"/> F Poj Niam <input type="checkbox"/> X Tsi Yog Ob Qho <input type="checkbox"/> NL Tsi Muaj Hauv No <input type="checkbox"/> Tsi Teb
Haiv Neeg/Hom Neeg:	<input type="checkbox"/> 2 Asian <input type="checkbox"/> 3 Black/African American <input type="checkbox"/> 4 Latino/Hispanic <input type="checkbox"/> 5 Pacific Islander <input type="checkbox"/> 6 White <input type="checkbox"/> 7 Hmong <input type="checkbox"/> 8 Russian <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> 9 Ntau hom <input type="checkbox"/> 10 Lwm Hom
Hom Lus:	<input type="checkbox"/> 8 [lub npe hom lus] <input type="checkbox"/> 5 English <input type="checkbox"/> 8 Lwm yam:
Kev Sib Raug Zoog Nrog Koj:	<input type="checkbox"/> 3 Tub <input type="checkbox"/> 4 Ntxhais <input type="checkbox"/> 6 Xeeb txws <input type="checkbox"/> 8 Tub coj los tu <input type="checkbox"/> 11 Lwm yam
Kev Kho Mob/Kev Pov Hwm Kev Kho Mob:	<input type="checkbox"/> M Medi-Cal <input type="checkbox"/> O Lwm qhov <input type="checkbox"/> N Tsi muaj <input type="checkbox"/> U Tsi paub

UA TIAV LOS NTAWM TUS NEEG UA HAUJ LWM:	
Tus Neeg Ua Hauj Lwm Tus ID:	
Tus Quas Tus ID:	
Qhov Chaw Pab Nyiaj:	

Commented [RH1]: Kho lub thawv uas yuav suav nrog raws li hom lus? Suav nrog ntau hom thiab Lwm yam.



UA TIAV RAU TXHUAS TUS ME NYUAM MUAJ HNUB NYOOG 0-5 XYOO	YOG <sub>1</sub>	TSI YOG <sub>2</sub>	TSI PAUB <sub>3</sub>
8. Koj tus me nyuam puas tau mus ntsib kws kho hniav hauv 6 lub hlis dhau los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Koj puas xav tau kev pab rau kev kho hniav rau koj tus me nyuam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Koj tus me nyuam puas tau mus ntsib kws kho mob rau kev kuaj xyuas txhua hnub hauv 12 lub hlis dhau los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Koj puas xav tau kev pab rau kev kho mob rau koj tus me nyuam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Koj puas muaj kev txhawj xeeb txog koj tus me nyuam txoj kev loj hlob? (xws li: kev loj hlob qeeb, teeb meem hais lus / hom lus, teeb meem ntawm lub cev / lub hlawb, teeb meem kev xav / cwj pwm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a. Yog tias muaj, koj puas tau nrog koj tus kws kho mob los sis tus kws kho mob tham txog koj cov kev txhawj xeeb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b. Koj puas xav tau kev pab mus ntsib kws kho mob los sis kws kho mob tshwj xeeb rau koj qhov kev txhawj xeeb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Xyoo dhau los, Koj tus me nyuam puas tau kuaj qhov muag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuaj kev hnov lus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kev kuaj kev loj hlob / ASQ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thov qhia rau peb paub txog qhov muaj tseeb ntawm koj tus me nyuam raws li cov qhe lus hauv qab no:	TSI YOG <sub>1</sub>	YOG QEE QHOV <sub>2</sub>	YOG LAWM <sub>3</sub>
Koj tus me nyuam nyob twj ywm thiab tsawj tau thaum ntsib teeb meem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koj tus me nyuam yuav ua siab ntev rau nws tus kheej thaum nws chim siab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koj tus me nyuam hloov tau zoo rau cov kev hloov pauv hauv txhua hnub.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koj tus me nyuam muaj sij hawm los muaj kev lom zem tsawg kawg ib hnub ib zaug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koj tus me nyuam muaj phooj ywg tsawg kawg yog ob tus neeg laus uas tsis yog niam txiv uas txaus siab rau lawv. (piv txwv li phauj, xib fwb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yog tias koj tus me nyuam muaj hnub nyoog txaus los tham, lawv qhib lawv txoj kev xav rau koj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nyob rau hauv 7 hnub dhau los, koj los sis ib tus neeg hauv koj tsev neeg tau ua si nrog koj tus me nyuam li cas raws li hauv qab no:	0 hnub	1	2	3	4	5	6	7 days
Nyeem ib phau ntawv nrog koj tus me nyuam ntau tshaj 10 feeb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tham nrog koj tus me nyuam txog qhov tshwm sim thaum nruab hnub.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qhia ib zaj dab neeg los yog hu nkauj ua ke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ua si ib leeg nrog koj tus me nyuam (piv txwv li: qoj ib ce, dhia ua si, pleev xim, tsim Lego).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siv tib lub sij hawm pw tsaug zog (xws li nyeem ntawv, da dej, txhauv hniav).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaum noj mov ua ke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*\*KEV NCIG HAUJ TSEV\*\***

Kev mus koom nrog lwm cov koom kas (Xaiv Tag Nrho Cov Uas Mus Koom)	Koom Kas	Hnub Pib	Hnub Xaus
	Koom Kas Early Head Start		
	Koom Kas Head Start		
	Koom Kas Kev Paub Hauv Tsev Neeg		
	Koom Kas Zov Me Nyuam/Me Nyuam Me <input type="checkbox"/> Center-Based los sis <input type="checkbox"/> Home-Based? <input type="checkbox"/> Licensed los sis <input type="checkbox"/> Accredited?		
	Tsev Kawm Qib Kindergarten		
	Cov Kev Pab Cuam Uas Cuam Tshuam		
	Lwm Qhov (thov qhia):		