

**Region 10 ESC Early Head Start y Head Start**  
**INFORME FAMILIAR**

Durante el año se proporciona información variada a los padres. Para poder ayudarlo, en la lista que sigue, por favor marque la clase de información que le gustaría recibir:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GED                              | <input type="checkbox"/> Ciudadanía/Inmigración            |
| <input type="checkbox"/> Universidad                      | <input type="checkbox"/> Padres solteros                   |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de Empleo          | <input type="checkbox"/> Abuelos como padres               |
| <input type="checkbox"/> Servicios de la Biblioteca       | <input type="checkbox"/> Presupuesto/ Finanzas             |
| <input type="checkbox"/> ESL (Inglés como Segundo Idioma) | <input type="checkbox"/> Participación como Voluntario     |
| <input type="checkbox"/> Asistencia al Niño(a)            | <input type="checkbox"/> Participación del Padre           |
| <input type="checkbox"/> Compra de una casa               | <input type="checkbox"/> Entrenamiento del uso del inodoro |

**La Reunión de Padres se lleva a cabo una vez por mes.** Por favor indique qué temas para la Crianza de los niños son de su interés:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juegos y Artes Manuales para hacer con su niño(a) | <input type="checkbox"/> Actividades Físicas para hacer con su niño(a) |
| <input type="checkbox"/> Hablando sobre extraños con los niños             | <input type="checkbox"/> Hablando sobre divorcio con los niños         |
| <input type="checkbox"/> Seguridad Familiar                                | <input type="checkbox"/> Criando a un niño(a) siendo aun adolescente   |
| <input type="checkbox"/> Comunicándose con los niños                       | <input type="checkbox"/> Disciplina                                    |
| <input type="checkbox"/> Construir autoestima en su niño(a)                | <input type="checkbox"/> Desarrollo del lenguaje y alfabetización      |

**Por favor marque qué día y hora es mejor para que usted pueda asistir a la Reunión de Padres:**

Día:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes

Hora:  de 8 am a 10:00 am  de 11:00 am a 1:00 pm  de 2:00 pm a 4:00 pm  de 5:00 pm a 7:00 pm  Other \_\_\_\_\_

**Por favor marque cuáles son los servicios que su familia está recibiendo:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficios por Desempleo                    | <input type="checkbox"/> TANF                                    |
| <input type="checkbox"/> Becas de Estudio para Universidad/ Subsidio | <input type="checkbox"/> Servicios de Guardería para Niños (CCS) |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para vivienda                         | <input type="checkbox"/> Cupones de Comida                       |
| <input type="checkbox"/> ESL (Inglés como Segundo Idioma)            | <input type="checkbox"/> Ayuda para Niños                        |
| <input type="checkbox"/> GED clases                                  | <input type="checkbox"/> WIC (Mujeres, Bebés, Niños)             |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con los servicios públicos            | <input type="checkbox"/> Medicaid/Seguro privado/CHIP            |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario             | <input type="checkbox"/> Cuidado Prenatal                        |
| <input type="checkbox"/> Orientación                                 |  |

**¿Quién cuida de su niño(a), cuando él/ella no está en el programa de Head Start/Early Head Start?**

(En verano, antes de la escuela, después de la escuela, etc.) **Por favor explique:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Local Escolar:** \_\_\_\_\_

**Firma del Miembro de la Familia:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Especialista en Servicios Familiares:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Es la práctica del Centro de Servicios Educativos de la Región 10 de Head Start/Early Head Start el no discriminar a las personas basado en raza, color, origen nacional, sexo ó impedimento en sus programas vocacionales, servicios o actividades como requiere el Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964, y sus cambios; el Título IX de los Cambios Educativos de 1972; y las Secciones 503 y 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, y sus cambios. El Centro de Servicios Educativos de la Región 10 de Head Start/Early Head Start tomará medidas para asegurar que una falta de habilidad en la lengua del inglés no se convertirá en una barrera a la entrada y participación en todos sus programas y servicios.