



Evaluación de las necesidades de la Familia

Nombre del padre: _____ No. de identificación de la familia: _____

Dirección de la familia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Early Care and Education (ECE) quiere ayudar a satisfacer las necesidades de los niños y de las familias que servimos. Para ofrecerle mejores servicios, proporcione los datos que se piden a continuación.

En cuanto a su niño o niños ¿tiene alguna preocupación en algo de lo siguiente? (marque todo lo que proceda.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Aprendizaje y desarrollo cognoscitivo |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Desarrollo social |
| <input type="checkbox"/> Articulación | <input type="checkbox"/> Desarrollo físico |
| <input type="checkbox"/> Conducta y desarrollo emocional | |

¿Recibe actualmente alguno de sus niños servicios en alguna de las áreas antes listadas? _____

Si su respuesta es "Sí", ¿qué agencia o distrito escolar está proporcionándole servicios? _____

¿Satisfacen sus necesidades estos servicios? _____

¿En qué idioma se sienten más cómodos sus niños? _____

¿Está satisfecho con los arreglos de cuidado infantil que tiene actualmente? _____

¿Cuáles son algunas metas que usted tiene para su persona? _____

¿Necesita ayuda en alguna de las siguientes áreas (marque todo lo que proceda)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programas de nutrición y alimentos | <input type="checkbox"/> Ayuda con albergue o vivienda | <input type="checkbox"/> GED/Capacitación vocacional/universidad |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores | <input type="checkbox"/> Asesoría legal (que no sea para manutención de menores) | <input type="checkbox"/> Ayuda con dinero en efectivo (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Empleo o desarrollo laboral | <input type="checkbox"/> Personas de la tercera edad |
| <input type="checkbox"/> Dental o médico | <input type="checkbox"/> Recursos para veteranos | <input type="checkbox"/> Grupos o clases de apoyo para padres |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con los servicios del hogar | | <input type="checkbox"/> Educación (niño) |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

¿Le interesaría asistir a un taller sobre algunos de los temas antes listados?

Solo Para Uso De La Oficina

No information requested. No follow-up needed.

Referred to R & R for follow-up.

Eligibility Liaison Signature: _____ Date: _____

Information given: _____

R & R Signature: _____ Date: _____