



Evaluación de las necesidades de la Familia

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

Domicilio del padre de familia o tutor: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

La División de Servicios de Educación Temprana (Division of Early Education Services) quiere ayudar a satisfacer las necesidades de los niños y de las familias que sirve. Para servirle mejor, proporcione la información que se le pide a continuación.

¿Con qué idioma se siente más cómodo su niño? _____

¿Está satisfecho con los arreglos actuales de cuidado infantil? _____

¿Cuáles son algunas metas que tiene para sí mismo? _____

¿Necesita ayuda o le gustaría recibir recursos en alguno de los siguientes aspectos? (Por favor marque todo lo que procede).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actividades | <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza |
| <input type="checkbox"/> Programas de lectoescritura adulta | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda y albergues |
| <input type="checkbox"/> Presupuesto y deudas | <input type="checkbox"/> Ayuda legal (aparte de manutención de menores) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria y bienestar (TANF) | <input type="checkbox"/> Apoyo para padres (asesoría, terapia, capacitación) |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo infantil | (marque todo lo que aplique) |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores | <input type="checkbox"/> Déficit de atención e hiperactividad (ADD/ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad (SSA y otros) | <input type="checkbox"/> En riesgo |
| <input type="checkbox"/> Donativos | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Educación (adulta) (marque todo lo que aplique) | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica, manejo de la ira, abuso infantil |
| <input type="checkbox"/> Equivalencia de preparatoria (GED) | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Vocacional | <input type="checkbox"/> Programas, clases y apoyo en la crianza |
| <input type="checkbox"/> Colegio | <input type="checkbox"/> Salud socioemocional |
| <input type="checkbox"/> Educación (infantil), tutoría y programas de verano | <input type="checkbox"/> Necesidades especiales |
| <input type="checkbox"/> Empleo y desarrollo laboral | <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Programas de alimentos y nutrición | <input type="checkbox"/> Trauma, crisis, eventos trágicos |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de salud y seguridad (marque todo lo que aplique) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Personas de la tercera edad |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Ayuda con servicios del hogar |
| <input type="checkbox"/> Médicos | <input type="checkbox"/> Recursos para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Seguridad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Le gustaría asistir a talleres acerca de los temas anteriores? Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

Solo para uso interno / Office Use Only	
<input type="checkbox"/> No information requested. No follow-up needed.	<input type="checkbox"/> Referred to R&R for follow-up.
Staff Signature: _____	Date: _____