



# 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

- No information requested. No follow-up needed.       Referred to R&R for follow-up.

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_