



SAN BERNARDINO CITY
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Making Hope Happen

Programa de Desarrollo Infantil
Participación de los Padres y Encuesta de Necesidades
de Servicios de Salud y Social para las Familias

Nombre del Estudiante: _____

Nombre de la Escuela: _____

Fecha: _____

Estimados Padres/Tutores:

Hemos estado haciendo un esfuerzo especial para ofrecer un mejor programa de educación para los niños y padres en nuestro programa y animando a los padres en participar es una forma de hacerlo. Por favor tome un momento y complete esta encuesta.

Parte 1 Marque los temas que le interesen:

- Observar y visitar el salón de clase
- Servir en el Comité de Concilio de Padres
- Asistir a las reuniones de los padres
- Ser voluntario en el salón de clase
- Clases para los padres

Parte 2 Provea la siguiente información:

Mis interés y talentos son _____

El idioma que se habla en mi hogar es: _____

Prefiero las comunicaciones escritas y orales (por ejemplo, avisos, volantes, conferencias) en _____

Mi actitud como padre sobre la disciplina es _____

El mejor horario para participar es _____

Parte 3 Me gustaría información sobre los siguientes temas:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Cerebral | <input type="checkbox"/> Disciplina Positiva | <input type="checkbox"/> Entrenando al uso del baño |
| <input type="checkbox"/> Preparación de Kínder | <input type="checkbox"/> Mordiendo | <input type="checkbox"/> Abuso infantil |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del Lenguaje | <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Lenguaje |
| | <input type="checkbox"/> Otro (favor de indicar) _____ | |

Parte 4 Favor de contestar las siguientes preguntas:

¿Tiene su familia o niño alguna necesidad de asistencia de emergencia?

SI

NO

Si es que si, por favor marque sus necesidades:

Comida Servicios de Utilidades

Ropa Servicios Médicos

Transportación Dental

Alojamiento Otro: _____

¿Ha recibido su familia o niño servicios de recursos de nuestro distrito u otra agencia de la comunidad en el pasado? SI NO

Por favor describa brevemente: _____

¿Necesita remisión para recursos de manejo de caso que no son de emergencia?

SI NO

Si es que si, por favor marque sus necesidades

Comida Servicios de utilidades

Ropa Servicios Médicos

Transporte Dental

Alojamiento Otro: _____

Parte 5 ¿Que recomendaciones tiene para mejorar e incrementar la participación de los padres en nuestro programa? _____

Solamente para uso de la oficina:

No needs required at this time: Date: _____ Initials: _____

Referral made to: _____ Date: _____ Initials: _____

Resource list provided: Date: _____ Initials: _____

Lead Brochure given: Date: _____ Initials: _____