Escuelas de Englewood
Programa de Educacion temprana
Informacion Familiar y del Niño

La información que proporcione será confidencial. Se utilizará para determinar la posible elegibilidad de financiamiento para su hijo.

1. Nombre Legal Niño:_____Fecha de Nacimiento_____/_____/_____
Nombre, Apellido Fecha de Nacimiento

2. Padre/Guardián 1:_____Relacion: _____ Fecha de Nacimiento_____/____/_____

Dirección:_____

Numero de Telefono:_____Correo electronico:_____
Nombre, Apellido

Empleador:_____Numero de Telefono de trabajo:_____

Cuántas personas viven en su casa: Adultos_____ Niños_____

3. Padre/Guardián 2:_____Relacion: _____Fecha de Nacimiento____/____/_____
Nombre, Apellido

Dirección:_____

Numero de Telefono:_____Correo electronico:_____
Nombre, Apellido

Empleador:_____Numero de Telefono de trabajo:_____

4. Personas con las que vive el niño: ☐ Ambos ☐Guardian 1 ☐ Guardian 2 ☐ Compartido Otro:_____

5. Tiene usted alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? Por ejemplo le gusta jugar con otros niños? Le entiende lo que el niño le dice? Como su hijo expresa sus emociones?_____ _____
_____

6. A Sido su hijo evaluado por problemas de desarrollo? A teninodo su hijo un plan de educación individualizado IEP o a tenido su familia un olan de servicio familiar IFSP en alguna otra escuela o otra agencia?
☐Si ☐ No Si es si por favor de Explicar_____
_____

7. ¿Su hijo ha sido atendido por algún proveedor como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga o terapeuta del habla? ☐ Si ☐ No Si es si por favor de explicar: _____
_____

8. ¿Su hijo tiene historial de alguna de los siguientes enfermedades? Marque las casillas que correspondan.

☐ Infecciones respiratorias	☐Asma	☐Dolores de cabeza	☐Falta de control de la vejiga
☐ Dolores de estomago	☐Convulsiones	☐Problemas de piel	☐ Infecciones de oído
☐ Sobrepeso	☐Perdida de peso	☐Lesión en la cabeza	☐ Tubos de PE en los oídos
☐Problemas de visión	☐ Ronquidos	☐Problemas de audición	☐Enfermedad cardiaca
☐ Diabetes Mellitus	☐ Otro		

Aparte de los examenes fisicos esta su hijo bajo cuidado de doctor por alguna otra preocupación medica?
☐ Si ☐ No Si es si porfavor de explicar_____

9. ¿Su hijo está tomando medicamentos, tiene una dieta especial o tiene alergias? ☐ Si ☐ No Si es que si por favor de explicar:_____

_____

Su hijo necesitaria medicamentos durante las horas escolares? ☐ Si ☐ No If yes please explain:___

_____

Esta cubierto por seguro medico? ☐ Medicaid ☐ Seguro privado

10. Oficina de Doctor?_____ Oficina de Dentista? _____

11. Que idioma se habla en la casa o con la niñera:_____

12. Que idioma habla o qué idioma(s) habla su hijo? _____

13. Que Idioma entiende su Hijo?_____

14. Su famila actualmente recibe SNAP, TANF, SSI? ☐ Sí ☐ No

15. Como describiría su residencia:

☐ Refugio o vivienda de transición ☐ Hotel/Motel ☐ Familiares Amigos
☐ Sin refugio (automóviles, parques, campamentos) ☐ Ninguno de estos se aplica

La residencia es importante ya que se relaciona directamente con los derechos educativos bajo la Ley McKinney-Vento, que garantiza la educación a los estudiantes sin hogar. "Sin hogar" se define en la ley como "los niños que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, incluidos aquellos que comparten la vivienda con otros debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar".

Doy permiso al Programa de Educación Infantil Temprana de las escuelas de Englewood para realizar un examen de salud y del desarrollo.

Firma del padre o guardián:_____Fecha:___/___/_____

Preferencia de ubicación: Se dará prioridad a las familias que buscan ubicación en un lugar de día completo **si están empleadas y/o están inscritas en la escuela.** Si está interesado en ser considerado para un lugar de día completo financiado, **responda las preguntas anteriores y envíe evidencia de ingresos y empleo/educación.**

¡Tenga en cuenta que indicar una sesión o preferencia de maestro no garantiza la ubicación!

____ Prescolar Mañana (AM Lunes a jueves 8:15-11:30 am)

___ Prescolar Tarde (PM Lunes a Jueves 12:15-3:30 pm)

___ Dia Completo (Lunes- Viernes 8:30am-3:30pm)

___ Cuidado antes de la escuela (7am - 8am)

____ Cuidado despues de escuela (3pm - 5pm)

Notas o consideraciones:_____

_____