



CHARLOTTE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Head Start / Early Head Start
EVALUACIÓN DE FAMILIA
 (Apendice 22)

LA FAMILIA NECESITA: Por favor marque los servicios que le interesan o necesitan:

Educación Adulta (diploma, información de colegio)	_____	R	_____	guro de Salud, etcétera)	E
	_____		Orientación de Salud Mental	_____	
Ingles como Segundo Idioma	_____		A. Abuso de Narcóticos	_____	
Comida	_____		B. Abuso de Niño/Abandono	_____	
Residencia	_____		C. Violencia Domestica	_____	
Entrenamiento de Trabajo	_____		Ayuda con el Sostén de Niño	_____	
Capacidad de Leer o Escribir u Educación	_____		Educación de Salud (prenatal, etcétera)	_____	
Educación Para Cuidar Niños	_____		Entrenamiento Vocacional/Técnico	_____	

REFERENCIAS: _____

Por favor marque, si en este momento o en el pasado, cualquiera de su familia recibió de los servicios siguientes:

	Recibiendo Ahora	Recibió en el Pasado
Programa Escolar Para Padres Jóvenes	_____	_____
Encuentro de Niño	_____	_____
Orientación	_____	_____
Coalición de Aprendizaje Temprano	_____	_____
Pasos Temprano (EIP)	_____	_____
Niños Saludable de Florida/Cuidar a Niños	_____	_____
Cupones de Comida	_____	_____
Head Start/Early Head Start	_____	_____
Familias Saludables	_____	_____
Comienzo Saludable	_____	_____
El Medicaid, el Medicare	_____	_____

Necesidades para el Cuido de Niños: A donde ira su niño (niños) cuando sale de la escuela:

Directo al hogar del padre/guardian:	_____	Nombre de un pariente o cuidador:	_____
Llave de entrada/YMCA en la escuela:	_____	Centro de Cuidar Niños (especifique):	_____
Hogar de familia de cuidar niños:	_____		_____
Día alargado por Escuela Superior/Estudiante	_____	Especifique otro:	_____
Especial/Pre-Kindergarten Voluntario:	_____		_____

Distribution: Parent Family Service Worker