

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA
 Programa Académico
 Head Start/Early Intervention Department

Head Start/Early Head Start
Encuesta sobre temas de interés para padres

Estimado padre,

Usted es la persona más importante en el desarrollo y la educación de su hijo(a). Es así que, al inicio del año escolar el Programa Head Start ofrecerá la Reunión de padres “Ayude a su hijo para que le vaya bien en la escuela”. Le animamos a que se una a otros padres de Head Start para discutir y participar en actividades de interés para usted.

Por favor, **SOLO** marque los temas o actividades que más le interesen:

	How it can be met (Office use only)
I. Educación preescolar y desarrollo del niño	
<input type="checkbox"/> Criar de una manera efectiva	_____
<input type="checkbox"/> Ayudar a mi hijo(a) con habilidades de lectura temprana	_____
<input type="checkbox"/> La transición al kindergarten o a Head Start	_____
<input type="checkbox"/> La audición, las infecciones del oído y la prevención de la pérdida auditiva	_____
<input type="checkbox"/> Apoyar el desarrollo del lenguaje de mi hijo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Reconocer el desarrollo típico del habla y lenguaje en los niños	_____
<input type="checkbox"/> Crear una relación con mi hijo(a) pequeño(a)	_____
<input type="checkbox"/> Enseñar habilidades sociales a mi hijo(a)	_____
II. Educación para adultos	
<input type="checkbox"/> Obtener mi diploma de Educación Secundaria/GED	_____
<input type="checkbox"/> Buscar y mantener un trabajo	_____
<input type="checkbox"/> Obtener entrenamiento técnico/vocacional para trabajar	_____
<input type="checkbox"/> Aprender inglés como segundo idioma	_____
III. Vida familiar	
<input type="checkbox"/> Participar en actividades donde el padre o una figura masculina estén involucrados	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un grupo de Empoderamiento de las Mujeres	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un Grupo de apoyo para abuelos	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un Grupo para padres	_____
<input type="checkbox"/> Mejorar las relaciones familiares	_____
<input type="checkbox"/> El presupuesto, el ahorro y la mejora del crédito	_____
<input type="checkbox"/> Planear comidas nutritivas	_____
<input type="checkbox"/> La comprensión de la salud y el bienestar	_____
<input type="checkbox"/> Aprender sobre los problemas de salud	_____
<input type="checkbox"/> Aprender sobre RCP/Primeros auxilios/Seguridad	_____
<input type="checkbox"/> El desarrollo de la autoestima y la confianza	_____
<input type="checkbox"/> El control de las emociones en los adultos	_____
<input type="checkbox"/> Corregir el comportamiento negativo de los niños	_____
<input type="checkbox"/> La comprensión de diferentes culturas	_____

¿Hay algún otro tema que le gustaría añadir a la encuesta? _____

¿Qué día y a qué hora preferiría asistir a la Reunión de padres? **Haga un círculo alrededor de sus preferencias:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana: 7:30 a.m. – 8:30 a.m.		Tarde: 2:00 p.m. – 3:00 p.m.		Noche: 6:30 p.m. – 7:30 p.m.

Padre/Tutor legal

Nombre del estudiante:

Escuela

Maestro(a)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics
Head Start/Early Intervention Department

(Spanish)

Head Start/Early Head Start
Padres Como Socios
(Parents As Partners)

Nombre del Padre: _____ Nombre del Niño: _____

Escuela: _____ Teléfono: _____

La participación de los padres es una parte esencial de los programas preescolares y una forma excelente para que los padres se involucren en la educación de sus hijos. A continuación, por favor marque las áreas en las que usted participará del proceso de tomar decisiones en la escuela, en el hogar o en su comunidad. Su participación es un paso adelante para asegurarle un futuro exitoso a su hijo. **¡GRACIAS!**

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

I. EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES

- ____ Consejo de Normas de *Head Start (Head Start Policy Council)* (4º lunes de cada mes)
- ____ Evaluación del programa (*Program Self-Assessment*)
- ____ Comité de Padres de Preescolar (en su escuela a través del año)
- ____ *PTA/PTO/Consejo de Asesoría/Equipo de Mejoramiento Escolar* (varía por escuela)

II. EN LA ESCUELA

- ____ Ayudando individualmente o a grupos pequeños de niños con proyectos especiales, leyéndoles cuentos, practicando el vocabulario, proyectos de cocina, y habilidades prácticas de la vida (tales como lavarse los dientes, las manos, poner la mesa, etc.)
- ____ Compartiendo recursos y talentos personales sobre sus antecedentes étnicos y experiencias, tocando un instrumento musical y hablando el Día de las Carreras/ Profesiones (*Career Day*)
- ____ Ayudando a los maestros a preparar materiales de aprendizaje, limpiando los juguetes y los colchones, archivando, actualizando la información del tablero de anuncios, interpretando en otros idiomas, sirviendo de chaperón en excursiones, durante las comidas, los eventos de días festivos o actividades especiales, y cuidando niños durante las actividades para los padres
- ____ Ayudando en la biblioteca, la clínica o la oficina principal
- ____ Otro: _____

III. EN LA CASA

- ____ Comunicándose con los padres con respecto a las actividades planificadas
- ____ Creando cosas para la clase tales como juegos, almohadas, delantales, álbumes, etc.
- ____ Lavando cosas en la casa tales como los disfraces del centro de actividades domésticas
- ____ Recogiendo materiales para la clase (reciclables, etc.)
- ____ Otro: _____

IV. EN LA COMUNIDAD

- ____ Reclutando a otros voluntarios
- ____ Recogiendo materiales de recursos comunitarios
- ____ Hablándole sobre *Head Start* a otras familias en su vecindario y en la comunidad
- ____ Otro: _____

White - Teacher

Yellow - District Staff

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics
Head Start/Early Intervention Department

(Spanish)

Head Start/Early Head Start
Evaluación Familiar Preliminar
(Preliminary Family Assessment)

Una meta importante del programa preescolar es formar una sociedad con familias individuales para fomentar el crecimiento y el desarrollo de la familia. El personal de *Family Service* apoyará a su familia para alcanzar las metas basadas en sus intereses y preocupaciones. Por favor, marque las áreas en las que usted podría necesitar ayuda. Un miembro del personal se comunicará con usted para darle seguimiento a la información que aparece a continuación.

Escriba en letra de molde el nombre del padre/tutor legal

Escriba en letra de molde el nombre del niño

Fecha

Escuela

(Marque con un círculo)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Su hijo necesita servicios de guardería después del horario escolar porque en el hogar no hay supervisión adulta disponible? | Sí | No |
| 2. ¿Tiene otros hijos menores de 13 años que necesitan cuidados o servicios de guardería después del horario escolar? | Sí | No |
| 3. ¿Hay alguien en su hogar desempleado y que está buscando trabajo? | Sí | No |
| 4. ¿Hay alguien en su hogar interesado en la educación para adultos (<i>GED, ESOL</i>) o entrenamiento para trabajar? | Sí | No |
| 5. ¿Hay alguien en su hogar que necesita seguro médico? | Sí | No |
| 6. ¿Hay alguien en su hogar incapacitado o que necesita cuidados médicos y no está recibiendo ayuda? | Sí | No |
| 7. ¿Hay alguien en su hogar que desee ayuda para enfrentar situaciones estresantes como el uso del alcohol, las drogas o problemas familiares? | Sí | No |
| 8. Por favor, enumere cualquier otra preocupación (comida, ropa, alojamiento, legal, etc.) | | |

**Head Start/Early Head Start Program
2022-2023 School Year**

**Acknowledgement of Parent Handbook, Services,
Policies, Procedures and electronic document submissions**

**(Reconocimiento del manual para padres, servicios,
Políticas, procedimientos y presentación de documentos electrónicos)**

He leído y revisado la copia electrónica del Manual para padres de Head Start / Early Head Start. (<https://www.browardschools.com/Page/52802>)

Entiendo que para solicitar Early Head Start o Head Start, debo proporcionar información confidencial a las Escuelas Públicas del Condado de Broward, al Departamento de Head Start / Intervención Temprana, que se alojará en el Sistema de administración de la base de datos de ChildPlus. Al firmar este formulario, acepto proporcionar la solicitud requerida e información de salud adicional para mi (s) hijo (s).

Parent Name:

Child's Name:

School:

Parent Signature:

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics

Head Start/Early Intervention Department

SP

Head Start/Early Head Start PIR

Nombre _____ Escuela _____ CPID _____

¿Actualmente recibe WIC? ____ Si ____ No

¿Recibe actualmente cupones de alimentos / SNAP? ____ Si ____ No

¿Al menos uno (1) padre o tutor está actualmente en servicio activo con el ejército de los Estados Unidos? ____ Si ____ No

¿Al menos uno (1) padre o tutor es un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ____ Si ____ No