



**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)	_____	Ropa	_____
Ayuda con Crisis (Servicios Publico, etcétera)	_____	Transportación (Dial A Ride)	_____
Emergencia (Ayuda con Niños, Seguro de Salud, etcétera)	_____	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:**

	<b>Recibiendo Ahora</b>	<b>Recibió en el Pasado</b>
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