

¿Están involucrados el padre y la madre en la vida de su niño? Si No

¿Hay uno de los padres que no tiene custodia? Si No

¿Hay orden de corte o documento legal? Si No

¿Le da usted permiso al Head Start para llamar a este padre/madre? Si No

Firma: (Aprobación para llamar al padre/madre sin-custodia) _____

¿Esta usted actualmente involucrado con otra agencia o programa en el que se ha desarrollado una meta o plan?
 Si No

Si la respuesta es si, cual agencia: _____ Persona de Contacto: _____

¿Puede Head Start ponerse en contacto con esta agencia para conseguir información de meta o plan? Si No

Firma: (Aprobación para que llamemos a otra agencia o agencias para los planes de metas) _____

Nuestro programa ofrece juntas de padres, entrenamientos, involucración en la comunidad, y oportunidades para que los padres se reúnan. ¿Si usted escoge participar, cuando seria el horario mas conveniente para asistir?

mañana atardecer tardes fin de semana varios horarios

Marque los temas que le interesan:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grupos Sociales de Apoyo (reunirse con otros padres que comparten intereses comunes, por ejemplo: libro de recuerdo, fotografía, mantenimiento de vivienda, reparación de auto, costura, cocina u otra actividad divertida) | <input type="checkbox"/> Revitalización de Vecindad y Vigilancia de Vecindad |
| <input type="checkbox"/> Los Años Increíbles-educación para padres | <input type="checkbox"/> Presupuesto, tener conocimiento de finanzas |
| <input type="checkbox"/> Los ABC's para ser propietario de una casa | <input type="checkbox"/> Liderazgo...haciendo la diferencia en su comunidad |
| | <input type="checkbox"/> Bienestar (salud y nutrición) |
| | <input type="checkbox"/> Otro |

Nuestro programa conduce visitas en hogar varias veces durante el año. ¿Cual es el mejor horario para usted para que hagamos estas visitas con usted?

Día de la Semana: _____

Horario: _____

| | | | | | |
|---|--|--|-------------------|--|--|
| PLAN DE ASOCIACIÓN FAMILIAR | | Apellido de la Familia: _____ | | Defensor de Familia: _____ | |
| Evaluación de Fuerzas, Capacidades y Necesidades | | Nombre del Niño: _____ | | Fecha: _____ | |
| <p>INSTRUCCIONES: Complete esta evaluación usando información que se obtuvo de la familia, observaciones del personal y conocimiento, y/o otros planes de familia que ya existen. Fuerzas y necesidades identificadas se deben usar para desarrollar meta(s) para la familia y como base para determinar como proveer apoyo para la familia. Esta forma hace énfasis en las fuerzas, necesidades, y capacidades comúnmente anotadas al trabajar con las familias. Este Plan de Asociación Familiar se debe desarrollar individualmente agregando observaciones y otra información que tenga que ver con las cualidades únicas de la familia.</p> | | | | | |
| | | Puntos del Proveedor de Cuidado | | | |
| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | | Principio del Año | Fin de Año | Guía para la Puntuación | |
| | | Nota: La puntuación asignada debe representar lo mas cerca posible, el estado actual de la familia. Una familia no necesita cumplir con todos los puntos en una categoría para recibir la puntuación. | | | |
| <p>1. EDUCACIÓN:</p> <p>¿Que nivel de educación ha obtenido o esta actualmente matriculado?</p> <p>Favor de especificar el nivel de grado completado, o anotar GED, Diploma de Escuela Preparatoria, Titulo de Colegio, o cualquier crédito de colegio obtenido.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | 10 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Educación o entrenamiento después de la escuela secundaria ◆ Actitud positiva hacia el aprendizaje ◆ Fijar y ejercer una carrera a largo-plazo y metas de educación | |
| <p>¿Tiene planes de ejercer una carrera educacional en relación a las metas?</p> <p style="text-align: center;">O No O Si</p> <p>Si la respuesta es si,</p> <p>¿Qué tiene planeado y cuando?</p> <p>_____</p> | | 15 | 15 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Puede ejercer metas para educación o desarrollo personal sin recursos o apoyo adicional ◆ Tener acceso a la biblioteca u otros recursos para material apropiado para leer para usted y los niños. | |
| <p>¿Hay algo que podamos hacer para ayudarle a realizar su meta de educación?</p> <p>_____</p> | | 20 | 20 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Educación de Preparatoria o equivalente o matriculado para el mismo ◆ Matriculado en educación para adulto, o educación vocacional ◆ Tiene planes concretos para ejercer algún entrenamiento profesional | |
| <p>¿Es la actividad de lectura un pasatiempo para usted? O No O Si</p> <p>¿Les lee a/con los niños? O No O Si</p> <p>¿Con que frecuencia?</p> <p>¿Cómo decide que libros leerles a/con ellos?</p> <p>¿Va a la biblioteca? ¿Para que y con que frecuencia? ¿Lleva a sus niños?</p> <p>¿Si su primer lenguaje es otro que no es Ingles, tiene interés en aprender Ingles?</p> <p>¿El no hablar Ingles ha sido una barrera para usted? ¿Cómo?</p> <p>Si tuviera que decirle una cosa a su(s) niño(s) acerca del aprendizaje, ¿Qué le diría?</p> <p>_____</p> | | 25 | 25 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ En ocasiones tiene acceso a la biblioteca, tiene conocimiento de literatura apropiada para niños | |
| | | 30 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Esta considerando la necesidad de educación personal y las opciones ◆ Educación abajo del grado 9^{no}; puede hacer arreglos y ejercer una educación ◆ Con ayuda puede hacer arreglos y ejercer metas de educación | |
| | | 35 | 35 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pasa por experiencias de barreras a causa del lenguaje, pero tiene recursos para atravesar las barreras ◆ Tiene conocimiento de y acceso a recursos para mejorar el desarrollo personal o de educación y habilidades de alfabetización del niño | |
| | | 40 | 40 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Educación abajo del grado 6^o ◆ No considera el aprendizaje como una prioridad | |
| | | 45 | 45 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ No o no ejerce sistemáticamente una carrera y metas de educación personal ◆ Muy limitada capacidad para participar en metas de educación o desarrollo personal ◆ No les lee a los niño(s) o lee para pasatiempo | |
| | | 50 | 50 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Poca a nada de educación formal; ◆ No interés en o acceso a reparación educacional ◆ No puede participar en actividades educacionales ◆ Ejerciendo metas de educación o desarrollo personal no factible ◆ No puede leer ◆ Aislamiento social y cultural | |
| | | ***** | | | |
| | | COMENTARIOS/NOTAS: | | | |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|--|-------------------|-------------|--|
| 3. NECESIDADES BÁSICAS: VIVIENDA, ROPA, ALIMENTOS: | 10 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vive en vivienda que ha escogido, o esta satisfecho con la situación de vivienda/comunidad ◆ La renta u opción de pago parece ser factible para el dueño y se puede hacer sin mayores preocupaciones ◆ Es propietario o ha estado ocupando la vivienda a largo-plazo ◆ Suple las necesidades básicas de la familia |
| ¿Renta, es propietario, hay contrato o tiene otros arreglos de vivienda? <i>(Favor de circular respuestas o llene el blanco)</i> | 15 | 15 | |
| <hr/> ¿Es alcanzable el pago de vivienda para usted? | 20 | 20 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vive en o tiene acceso a vivienda adecuada ◆ Renta u opción de pago es alcanzable pero algunas veces hay preocupaciones ◆ Hogar y vecindad seguras o se percibe como tal por la familia |
| <p style="text-align: center;">O No O Si</p> ¿Cuanta gente vive en su hogar? | 25 | 25 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ La tenencia es segura (o ha estado segura) por mas de un año ◆ Las necesidades básicas usualmente se suplen |
| <hr/> ¿Dígame que le gusta o no le gusta de su vivienda? | 30 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ El pago por la vivienda es difícil de hacer sin ayuda ◆ La tenencia es segura por lo menos seis meses |
| ¿Tiene preocupaciones de su situación de vivienda? Si, si, ¿Cuáles son? <i>(revise las condiciones de seguridad y de salud)</i> | 35 | 35 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ La vivienda no es peligrosa o poco saludable ◆ La familia siente que la vecindad es relativamente segura ◆ Las necesidades de ropa y/o alimentos constantemente se suplementan con de recursos de la comunidad |
| <hr/> ¿Esta o a estado sin casa? ¿La familia a encontrado casa? ¿Necesita recursos? | 40 | 40 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vive en vivienda temporal o vivienda de transición; ◆ Incertidumbre de donde vivirá la familia al siguiente mes |
| ¿Tiene suficiente ropa su familia? | 45 | 45 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vive en lugar que no es seguro, deteriorándose, o demasiada gente ◆ Habitualmente no hay finanzas disponibles para vivienda estable ◆ Las necesidades de ropa y/o alimentos no son adecuadas y/o hay algo de conocimiento de recursos. |
| <hr/> ¿Tiene cada miembro de su familia un buen par de zapatos y chamarra para invierno? ¿Tiene alguna necesidad de ropa? | 50 | 50 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Las necesidades de ropa y/o alimentos no son adecuadas y/o hay algo de conocimiento de recursos. |
| <hr/> ¿Cuál de las siguientes oraciones explican mejor su situación? | 50 | 50 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vive en condiciones peligrosas ◆ Sin vivienda o al borde de quedarse sin vivienda ◆ Tiene historial de estar constantemente sin vivienda ◆ No puede asegurar vivienda sin extensos recursos o ayuda ◆ Las necesidades de ropa y/o alimentos son inadecuadas y no hay conocimiento de recursos de la comunidad. |
| <p>___Tengo suficientes alimentos para suplir las necesidades de mi familia.</p> | | | <p>*****</p> |
| <p>___Usualmente tengo suficientes alimentos para suplir las necesidades de mi familia, y se a donde ir para tener acceso a recursos cuando se me están terminando.</p> | | | <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |
| <p>___Regularmente se me terminan los alimentos y tengo que acceder a recursos para suplir las necesidades de alimentos de mi familia.</p> | | | |
| <p>___Batallo para tener suficientes alimentos para mi familia y no tengo acceso a recursos para ayudar a suplementar nuestras necesidades de alimentos. (Banco de comida local)</p> | | | |
| ¿Tiene teléfono o tiene acceso a uno a cualquier hora? | | | |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|---|--|--|--|
| <p>4. TRANSPORTE: ¿Tiene acceso a transporte seguro? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>¿Cual es el recurso principal de transporte? Favor de poner circulo en la respuesta: vehículo propio, vehículo de un amigo/miembro de familia, caminar, autobús, taxi, u otro transporte publico</p> <hr/> <p>¿Tiene licencia para conducir, al corriente? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>Si la respuesta es no, ¿ha tenido problemas para conseguir o mantener una licencia? Favor de explicar:</p> <hr/> <p>¿Alguna vez ha tenido confrontación con la ley? ¿Por ejemplo, infracción por estacionamiento, infracción por velocidad, u otro? _____</p> <hr/> <p>En el estado de Oregon, la ley indica que todos los niños que miden menos de 4'9" de altura o tengan menos de 8 años de edad viajen en un asiento de seguridad para niño. ¿Necesita información de como conseguir o usar correctamente una siento de carro para su niño? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>La ley del estado de Oregon también indica que todos los pasajeros usen los cinturones de seguridad mientras están viajando. ¿Necesita información de como conseguir o usar los cinturones de seguridad en el vehículo principal de transporte? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>¿Tiene seguro para su auto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>¿Necesita información de posibles recursos con relación a prácticas seguras para conducir o seguro para su carro? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Actualmente tiene licencia para conducir ◆ El auto esta completamente asegurado con seguro comprensivo o adecuado ◆ Tiene transporte y/o acceso a transporte casi todo el tiempo ◆ Puede hacer reparación (u obtener reparación para) el vehículo cuando sea necesario; vehículo es seguro <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene licencia para conducir ◆ Tiene seguro básico para vehículo ◆ Tiene registro adecuado para conducir ◆ Tiene y mantiene su propio vehículo u otras formas de transporte <ul style="list-style-type: none"> ◆ Generalmente tiene acceso a alguna forma segura de transporte según sea necesario ◆ Tiene licencia para conducir, pero tiene problemas con la licencia o historial de conducir ◆ Manejar no es una preocupación mayor o necesidad ◆ Tiene seguro mínimo o no tiene seguro <ul style="list-style-type: none"> ◆ No tiene licencia para conducir ◆ Maneja sin licencia o sin seguro o ambos ◆ Infracciones de estacionamiento sin pagar o tiene otras controversias legales relacionadas al manejo ◆ No tiene transporte seguro o confiable o forma para conseguirlo <ul style="list-style-type: none"> ◆ Se le ha revocado o suspendido la licencia, no puede conseguir seguro para el vehículo ◆ No tiene acceso al transporte para las necesidades básicas ◆ No tiene dinero para obtener transporte ◆ Previamente encarcelado por violaciones de trafico <p>***** COMENTARIOS/NOTES</p> |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|----------------|-------------|--------------------|---------------|-------------|-----------|-----------|---|---|---|
| <p>5. NECESIDADES ESPECIALES/SALUD MENTAL</p> <p>¿Tiene un niño o miembro de la familia una discapacidad o necesidad especial? O No O Si</p> <p>¿Como explica la necesidad? _____</p> <p>¿Hay algo que podemos hacer para ayudar a cumplir con esa necesidad? _____</p> <p>¿Qué le quita el sueño para dormir por la noche? Preocupaciones o asuntos? _____</p> <p>¿Tiene gente confiable para buscar cuando necesita ayuda, consejo o solamente alguien que le escuche? O No O Si</p> <p>¿Quien le ha ayudado a criar su niño(os) y/o a enfrentar las situaciones diarias? (Marcar todas las que aplican)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>___ Padres</td> <td>___ Cónyuge/Pareja</td> </tr> <tr> <td>___ Amigos</td> <td>___ Otras Agencias</td> </tr> <tr> <td>___ Otros Miembros-Familia</td> <td>___ Head Start</td> </tr> <tr> <td>___ Iglesia</td> <td>___ Cuidado de Día</td> </tr> <tr> <td>___ Consejero</td> <td>___ Vecinos</td> </tr> <tr> <td>___ Nadie</td> <td>___ Otros</td> </tr> </table> <p>¿Cuales son algunas de las fuerzas de su familia? _____</p> <p>¿Dígame que hacen para divertirse? ¿Sale con frecuencia con amistades? _____</p> <p>¿Explique un día típico para usted? _____</p> <p>¿Hay necesidades específicas de salud emocional con las que le podamos ayudar? O No O Si</p> <p>¿Ha tenido oportunidad de hablar alguna vez con un consejero, un ministro/rabí/padre/pastor o un doctor? ¿Le ayudo? ¿Le recetaron medicamento para ayudarlo? ¿Le sirvió de ayuda? _____</p> | ___ Padres | ___ Cónyuge/Pareja | ___ Amigos | ___ Otras Agencias | ___ Otros Miembros-Familia | ___ Head Start | ___ Iglesia | ___ Cuidado de Día | ___ Consejero | ___ Vecinos | ___ Nadie | ___ Otros | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>2.5</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>2.5</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Miembro de la familia con necesidad especial cuida de si-mismo según sea apropiado o miembro de la familia cumple con las necesidades con poco o sin ayuda exterior ◆ La familia anota por lo menos cuatro recursos de apoyo y acceso al apoyo que necesita. ◆ Reconoce fortalezas y necesidades de la familia y trabaja para construir sobre las fuerzas ◆ Las necesidades emocionales son pocas y son reconocidas tan bien son cumplidas apropiadamente <ul style="list-style-type: none"> ◆ Miembro de la familia con necesidad especial tiene áreas menores con dependencia que es necesaria ◆ La familia anota por lo menos dos recursos de apoyo y acceso a apoyo necesario ◆ Reconoce las fuerzas de la familia ◆ Las necesidades emocionales son reconocidas y cumplidas apropiadamente <ul style="list-style-type: none"> ◆ Miembro de la familia con necesidades especiales confía en otros para ayuda rutinaria; alguna dependencia emocional ◆ La familia anota por lo menos un recurso de apoyo ◆ Tiene dificultad para reconocer las fuerzas de la familia ◆ La familia tiene tres o mas necesidades emocionales que no se están cumpliendo actualmente <ul style="list-style-type: none"> ◆ Miembro de la familia con necesidades especiales tiene funciones mínimas independientes; no puede vivir solo ◆ La familia no accede al apoyo de otros ◆ No reconoce las fuerzas de la familia ◆ Son numerosas las necesidades emocionales de la familia y no se les esta dando tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ◆ Miembro de la familia con necesidades especiales no puede funcionar en forma independiente; no puede sobrevivir sin ayuda exterior ◆ No hay recurso de apoyo anotado o reconocido ◆ La familia no reconoce las fuerzas de la familia y se enfoca en las dificultades ◆ Las necesidades emocionales son abrumadoras para la familia <p>*****</p> <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |
| ___ Padres | ___ Cónyuge/Pareja | | | | | | | | | | | | | | |
| ___ Amigos | ___ Otras Agencias | | | | | | | | | | | | | | |
| ___ Otros Miembros-Familia | ___ Head Start | | | | | | | | | | | | | | |
| ___ Iglesia | ___ Cuidado de Día | | | | | | | | | | | | | | |
| ___ Consejero | ___ Vecinos | | | | | | | | | | | | | | |
| ___ Nadie | ___ Otros | | | | | | | | | | | | | | |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|---|---|---|--|
| <p>6. EDUCACIÓN DE SALUD, EDUCACIÓN PRENATAL Y PREVENCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIA Y TRATAMIENTO</p> <p>¿Tiene acceso a cuidado total para miembros adultos de la familia? (Vista, dental, medical, servicios para salud mental Etc.) O No O Si</p> <p>Si, si, ¿Como suple estas necesidades? _____</p> <hr/> <p>¿Tiene su niño(s) cuidado de doctor/medico disponible cuando el/ella esta enfermo? Si si, ¿Quien? _____ O No O Si</p> <p>¿Tiene su niño (o niños) algún plan de seguro medico, como tarjeta medica, Healthy Kids, o seguro privado? O No O Si</p> <p>(Si es elegible, pero actualmente no tiene seguro, asegure que la familia reciba, complete y regrese una solicitud para Healthy Kids)</p> <p>¿En su hogar, hay alguien embarazada? O No O Si</p> <p>Si, si, ¿están recibiendo educación prenatal?</p> <p>¿Cómo ha cambiado su relación con su conyugue desde que supo de su embarazo?</p> <p>Mucha gente ha experimentado con drogas.</p> <p>¿Hay actualmente preocupaciones con uso de alcohol o drogas para usted u otra persona en su hogar? ¿Cuánto? ¿Con que frecuencia? ¿Ultima vez que la uso? O No O Si</p> <p>¿Durante el año pasado ha usted u otras personas en su hogar participado en tratamiento de drogas y/o alcohol? O No O Si</p> <p>¿Hay preocupaciones actualmente con el uso de tabaco para usted o cualquier otra persona en su hogar? ¿Cuánto? ¿Con que frecuencia? O No O Si</p> <p>¿Durante el año pasado ha usted u otra persona de su hogar participado en programas para dejar de fumar? O No O Si</p> <p>¿Usted u otro miembro de la familia están interesados en conseguir recursos para dejar de fumar o cualquier otra forma de tabaco (masticable, snuff, productos de tabaco sin humo)? O No O Si</p> <p>Cuestionario de Tabaco</p> <p>1.. Usted usa tabaco? a) nunca b) Actualmente c) Antiguamente</p> <p>2. Alguna persona en su casa usa tabaco? a) si b) no</p> <p>3. Se permite fumar en su casa / o carro? a) si b) no</p> <p>4. Sabe donde puede recibir ayuda para dejar de usar tabaco? a) si b) no</p> <p>*****Enter results into child plus*****</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Muy atento a temas de cuidado de salud ◆ Reporta acceso accesible a cuidado medico de calidad ◆ Se esta cumpliendo con las necesidades de bienestar y parece que hay cuidado preventivo ◆ No historial de abuso de alcohol o drogas <ul style="list-style-type: none"> ◆ Se provee cuidado adecuado, medico y físico ◆ Se esta cumpliendo con las necesidades de bienestar según ocurren ◆ Varios problemas médicos anotados y se están atendiendo ◆ No hay historial de abuso de alcohol o drogas <ul style="list-style-type: none"> ◆ La familia reporta que hay inadecuado cuidado de salud ◆ Las necesidades de bienestar no se están cumpliendo a tiempo ◆ Numerosos problemas médicos anotados, algunos no se están atendiendo ◆ Sospechas o reporte de abuso de droga en el pasado <ul style="list-style-type: none"> ◆ Atención mínima a cuidado medico o físico ◆ Generalmente cuidado inadecuado; o requiere cuidado extensivo ◆ Problemas médicos anotados son graves, potencial de daños ◆ Sospecha o historial reportado de abuso de droga o alcohol, y uso posible actualmente <ul style="list-style-type: none"> ◆ La salud del niño(s) esta en peligro ◆ No se están atendiendo los problemas médicos; no se esta recibiendo atención ◆ Medio ambiente-del-hogar no promueve vivienda saludable ◆ Sospecha o historial reportado de abuso de droga o alcohol en el pasado o posible uso actualmente <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|--|-------------------|-------------|---|
| 7. FINANZAS DE LA FAMILIA (EDUCACIÓN PARA ADULTOS): | 10 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Suficiente entrada de dinero para cumplir con las necesidades y permitir “extras” y/o poder ahorrar dinero |
| Algunas veces las familias tienen dificultad con el dinero a su disposición. Favor de contestar si o no a lo siguiente: | 15 | 15 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mantiene la cuenta de gastos, o tiene un presupuesto ◆ Estable, entrada de dinero estable ◆ Con regularidad paga los cobros a tiempo |
| ___ Puedo pagar mis facturas de cobro a tiempo | | | |
| ___ Se como hacer presupuesto de mi dinero | | | |
| ___ Es difícil suplir necesidades básicas (alimento, ropa, pañales, formula) | 20 | 20 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Suficiente entrada de dinero para cumplir con las necesidades básicas ◆ Atenta hacer presupuesto de su dinero |
| ___ Tengo muchas deudas | 25 | 25 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Típicamente paga los cobros a tiempo ◆ Puede ahorrar dinero |
| ___ Tengo buen crédito | | | |
| ___ No puedo conseguir crédito | | | |
| ___ No tengo crédito | 30 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mínima entrada de dinero adecuada ◆ Puede ahorrar dinero |
| ___ Puedo ahorrar algo de dinero | | | |
| ___ Tengo cuenta de cheques | 35 | 35 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ No puede hacer los pagos a tiempo en base rutinaria ◆ No hay un presupuesto o plan financiero |
| ___ Tengo cuenta de ahorros | | | |
| ___ Hay dinero extra para lo que “quiero” (aparte de lo básico) | 40 | 40 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ En ocasiones puede cumplir con las necesidades básicas ◆ No tiene crédito o el crédito es pobre |
| ___ Pienso que mi entrada de dinero aumentara el próximo año | 45 | 45 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ La carga de deuda es abrumadora ◆ Depende de otros para ayuda financiera |
| ___ Tengo fiable recurso de dinero | | | |
| ___ Tengo dependencia en otros para ayuda financiera | | | |
| Alto*** complete el presupuesto con la familia ¿Tiene usted o su familia otras necesidades financieras a este tiempo? O No O Si Si, si, favor de especificar: | 50 | 50 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Poco o nada de dinero ◆ No puede cumplir con las necesidades básicas ◆ No puede pagar los cobros ◆ Ha tenido problemas legales a causa de las finanzas <p>***** COMENTARIOS/NOTAS:</p> |
| ¿Quiere información acerca de como reducir las deudas? O No O Si | | | |
| ¿Quiere información acerca de consejos para crédito? O No O Si | | | |
| Esta interesado en el programa Vida de ahorros? Esta interesado en el programa Pasos al Éxito? | | | |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|---|-------------------|-------------|--|
| 8. CUIDADO DE NIÑO: | 10 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Se esta usando cuidado de niño de calidad, alcanzable; o no se necesita |
| ¿Como se están cuidando a los niños? <i>(Favor de circular la respuesta apropiada)</i> | 15 | 15 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene recurso de cuidado de niño consistente, y fiable con sustituto disponible ◆ Preocupaciones mínimas de cuidado de niño; o puede enfrentar preocupaciones apropiadamente |
| Head Start Escuela Hogar | | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sabe que buscar para encontrar cuidado de niño de calidad para sus niños |
| Cuidado-Día Familia/Hogar de un Pariente | | | |
| Combinación (Circule todos los que aplican) | | | |
| Otro <i>(Favor de especificar):</i> _____ | 20 | 20 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Es duro encontrar cuidado de niño de calidad y poder pagar pero la familia puede proveer el cuidado o no se necesita |
| ¿Necesita cuidado de niño? (CCR&R) | | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Generalmente satisfecho con estado de cuidado de niño y alternativas ◆ Recurso fiable para cuidado de niño, pero recurso de alternativas es limitado |
| ¿Siente usted que su niño tiene cuidado de niño de calidad y alcanzable? | 25 | 25 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sabe que buscar para encontrar cuidado de niño de calidad |
| <p style="text-align: center;">O No O Si</p> | 30 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Proveedor de cuidado de niño no siempre esta disponible o alcanzable, pero se necesita |
| Si no, ¿cuales son sus preocupaciones? _____ _____ _____ | 35 | 35 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene preocupaciones menores del estado de cuidado de niño; pero trabaja hacia la resolución ◆ No esta seguro de que buscar para encontrar cuidado de niño de alta calidad ◆ Falta de cuidado de niño es perjudicial para la familia |
| | | | |
| | 40 | 40 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Raramente puede encontrar cuidado de niño alcanzable de calidad |
| ¿Que haría mas fácil el cuidado de niño para su familia? | | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Recursos limitados o alternante para cuidado de niño ◆ Tiene varias preocupaciones acerca de cuidado de niño |
| | 45 | 45 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Usa cuidado de niño inapropiado |
| | | | |
| ¿Tiene amigos o miembros de familia que puedan “ayudar” si necesita cuidado para niño a última hora? | | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ No hay recursos para cuidado de niño, pero tiene la necesidad ◆ No sabe que buscar para encontrar cuidado de niño de calidad ◆ Falta de cuidado de niño previene el crecimiento o progreso de los padres |
| <p style="text-align: center;">O No O Si</p> | 50 | 50 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Usa cuidado de niño inapropiado |
| | | | |
| Las familias algunas veces tienen dificultad para encontrar cuidado para niño. ¿Cuáles de las siguientes declaraciones piensa que son verdaderas?: <i>(marcar todas las que aplican)</i> | | | <p>*****</p> <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |
| <input type="checkbox"/> Se que buscar en un buen proveedor de cuidado de niño | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo varios para escoger para cuidado de niño | | | |
| <input type="checkbox"/> No necesito usar cuidado de niño adicional | | | |
| <input type="checkbox"/> No puedo alcanzar a pagar cuidado para niño | | | |
| <input type="checkbox"/> Es difícil encontrar cuidado de niño de calidad | | | |
| <input type="checkbox"/> Necesito cuidado de niño todo el día | | | |
| <input type="checkbox"/> Necesito cuidado de niño para segundo, o tercer turno | | | |

| ÁREA E INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|---|---|---|---|
| <p>9. EDUCACIÓN PARA PADRES Y EDUCACIÓN PARA RELACIONES:</p> <p>¿Con cual de las declaraciones de abajo relacionadas a ser padres esta usted de acuerdo? (Marcar todas las que aplican)</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que soy buen padre/madre</p> <p><input type="checkbox"/> Conozco y entiendo las necesidades de mi niño</p> <p><input type="checkbox"/> Tenemos rutinas diarias en nuestra casa</p> <p><input type="checkbox"/> Gozo de ser padre/madre</p> <p><input type="checkbox"/> Tenemos reglas en la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño tiene otros adultos de modelos en su vida</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño goza al estar en casa</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento confortable al mostrarle afecto a mi niño</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño sabe que el/ella es amado(a)</p> <p>¿Cuándo piensa usted que su bebe pueda comenzar a caminar o a entrenarlo a usar el sanitario? ¿Cuándo se preocuparía si su bebe no comienza a caminar o con entrenamiento para usar el sanitario?</p> <p>¿Tiene preocupaciones del comportamiento de su niño? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>Si, si, favor de explicar: _____</p> <p>¿Como se les disciplina a los niños en casa? _____</p> <p>¿Se preocupa por mimar a su niño? ¿Qué significa para usted mimar/consentir al niño? _____</p> <p>¿Cual es la parte más difícil para usted de ser padre/madre? _____</p> <p>¿Tiene usted preocupaciones de ser padre/madre? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si</p> <p>¿Necesita información sobre clases para padres? www.umchs.org Calendario de entrenamiento</p> <p>¿Dígame como fue ser niño en su familia?</p> <p>¿Cuándo hizo algo malo que altero a sus padres, que hicieron? ¿Cómo fueron las cosas cuando fue adolescente?</p> <p>Cual de lo siguiente es verdadero para usted (marcar todos los que aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo hemos desarrollado un estilo de comunicación saludable</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo en general estamos de acuerdo en un estilo de ser padres</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo nos sentimos confortables al mostrar afecto uno hacia el otro</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo compartimos metas comunes a corto y largo plazo</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo tenemos amistades con las que hacemos cosas separados uno del otro</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo con frecuencia no estamos de acuerdo en como criar a nuestros niños</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo peleamos con frecuencia (verbal y físicamente)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi pareja y yo nos estamos alejando</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo confianza en que mi pareja supla todas mis necesidades emocionales</p> <p>¿Dígame como fue que se unieron usted y su conyugue?</p> <p>¿Qué hacen cuando verdaderamente se enojan?</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prácticas para ser padres son constantes, observables, de edad apropiada ◆ Goza de ser padre/madre y parece estar confiado en sus habilidades ◆ Comprende las necesidades de su niño y provee como corresponde ◆ Los niños saben que son amados, y se les muestra afecto ◆ Las relaciones de adultos están seguras <ul style="list-style-type: none"> ◆ Las practicas de ser padres son constantes, y de edad apropiada ◆ Tiene entendimiento de las necesidades del niño y hace el intento para cumplirlas ◆ Los niños saben que son amados ◆ Parece tener un método efectivo de disciplina ◆ Los adultos se llevan bien, pero no están de acuerdo en el estilo de ser padres y/o metas <ul style="list-style-type: none"> ◆ Algunas rutinas diarias ◆ Inconsistente o ineficiencia en métodos de disciplina ◆ Inseguro del papel de padre/madre ◆ Algo de entendimiento de las necesidades o desarrollo del niño ◆ Los adultos con frecuencia argumentan y/o se incomodan al mostrar afecto <ul style="list-style-type: none"> ◆ Rutinas mínimas en el hogar ◆ Métodos de disciplina parecen no ser apropiados ◆ Historial de problemas de ser padres ◆ Poco entendimiento del desarrollo o necesidades del niño ◆ Poca o nada de comunicación entre los adultos ◆ El matrimonio tiene subidas y bajadas ◆ Los adultos pueden estar socialmente aislados <ul style="list-style-type: none"> ◆ No rutinas o regularidad ◆ Historial de serios problemas de ser padres ◆ La disciplina es rígida, dura o extremadamente permisiva ◆ No hay entendimiento del desarrollo o necesidades del niño ◆ Los desacuerdos entre los adultos se manejan con agresión verbal y física ◆ El matrimonio no es estable, hay posibilidad de separación o divorcio ◆ Es evidente el aislamiento social <p>*****</p> <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |

| ÁREA DE INFORMACIÓN DIRECTA | Principio del Año | Fin del Año | GUÍA PARA LA PUNTUACIÓN |
|---|--|--|--|
| <p>10. <u>SERVICIOS Y RECURSOS (también incluye NECESIDADES EMERGENTES Y DE CRISIS):</u></p> <p>Si se encuentra en la necesidad de un servicio o información de un servicio, ¿Qué podría hacer? (esta es una excelente oportunidad para que usted explique el guía de recursos de la comunidad y nuestro proceso de manejo de casos)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Siente que tiene conocimiento de los servicios que están disponibles para personas en su comunidad?</p> <p>O No O Si</p> <p>¿Usa o ha usado servicios de una agencia? Si, si, ¿Cuál y cuando?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><u>¿Tiene usted necesidades emergentes o de crisis?</u></p> <p><u>¿Algunos de lo siguiente aplican a usted?</u></p> <p>___ Necesito ayuda para establecer paternidad y/o conseguir ayuda de sostén (Sostén para Niños 541-276-6932)</p> <p>___ Vivo con alguien a quien tengo miedo (Servicios de Violencia Domestica www.domesticviolenceservices-or.org)</p> <p>___ Necesito ayuda para conseguir estado legal en los EE.UU. (Inmigración 541-276-6685 ext 208/Educación para Adultos www.bluecc.edu)</p> <p>___ Mis niños o yo tenemos a un familiar inmediato que esta encarcelado (Ayuda para Familias de Encarcelados)</p> <p>___ Tengo miedo que pueda lastimar a mis niños (Abuso y Negligencia Infantil 1800-547-3897)</p> <p><u>¿Hav algo que usted siente que necesitamos saber que no se cubrió en este cuestionario?</u></p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>50</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene conocimiento de servicios disponibles ◆ Cuando sea necesario tiene acceso a los servicios necesarios ◆ Sabe donde conseguir ayuda si es necesario ◆ Requiere poco (o ninguno) de los recursos formales <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene conocimiento básico de los servicios que existen ◆ Puede tener acceso a servicios independientemente ◆ Vive en una comunidad donde abundan los recursos ◆ Uso apropiado de los servicios <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene conocimiento mínimo de servicios disponibles ◆ Solamente busca acceso a servicios que necesita o recursos en una emergencia ◆ Vive en una comunidad donde los recursos son adecuados ◆ Puede tener acceso a los servicios sin ayuda <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene algo de conocimiento (mínimo) de servicios disponibles ◆ No utiliza los recursos apropiadamente ◆ Vive en una comunidad donde los recursos son limitados ◆ Para los servicios necesarios típicamente lo inicia un recursos de fuera <ul style="list-style-type: none"> ◆ No tiene conocimiento de cuales servicios están disponibles o como informarse de servicios disponibles ◆ Los servicios o recursos se utilizan solamente cuando los inicia un recurso de fuera ◆ Vive en una comunidad donde los recursos están extremadamente limitados ◆ Los servicios y recursos se usan indebidamente algunas veces <p>*****</p> <p>COMENTARIOS/NOTAS:</p> |

UMATILLA MORROW HEAD START PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

APELLIDO DE LA FAMILIA: _____ NOMBRE DEL NIÑO: _____

DEFENSOR DE FAMILIA: _____ FECHA QUE SE COMPLETO LA EVALUACIÓN: _____

PUNTUACIÓN INICIAL DE LA EVALUACIÓN: _____ NIVEL DE SERVICIO: _____

Si el nivel de servicio es cuatro o cinco, puede ésta familia beneficiarse de un Plan de Asistencia para Padres Si No a este tiempo

PERSONAL: _____ FECHA QUE SE COMPLETO ESTA EVALUACIÓN: _____

PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE FIN DE AÑO: _____ NIVEL DE SERVICIO: _____

CATEGORÍAS DE LA PUNTUACIÓN

| PUNTUACIÓN | NIVEL |
|------------|--------------|
| 100-140 | NIVEL UNO |
| 150-200 | NIVEL DOS |
| 210-300 | NIVEL TRES |
| 310-400 | NIVEL CUATRO |
| 410-500 | NIVEL CINCO |

Familias con niveles de puntuación 4-5 requieren un mínimo de seis visitas en hogar por año

UMATILLA MORROW HEAD START

Plan de Asociación Familiar y Hoja de Puntuación de Meta

de Secuencia de Familia _____ Apellido de la Familia _____ Personal: _____

| | | Principio del Año | Fin del Año |
|--------|---|-------------------|-------------|
| | Fecha de la Evaluación | | |
| Área # | Sub Área- <i>favor de circular la meta escrita</i> | Puntuación | Puntuación |
| 1 | Educación / Alfabetización / ESL | | |
| 2 | Entrenamiento de Empleo/Educación para Adultos | | |
| 3 | Necesidades Básicas: Vivienda/Ropa/Alimento | | |
| 4 | Transporte | | |
| 5 | Necesidades Especiales y Salud Mental | | |
| 6 | Bienestar: Educación de Salud/Educación Prenatal / Prevención de Abuso de Sustancia y Tratamiento | | |
| 7 | Finanzas (Educación para Adultos) | | |
| 8 | Cuidado de Niño (Educación para Padres) | | |
| 9 | Educación para Padres / Educación para Matrimonio | | |
| 10 | Servicios y Recursos-incluyendo: Ayuda para Sostén de Niño / Servicios de Violencia Domestica / Ayuda para Familias de Encarcelados / Abuso y Negligencia Infantil | | |
| | Puntuación Total de la Evaluación | | |
| | Nivel de Servicio | | |

| | | Medio-Año | Final del Año |
|------|----------------------------------|------------|---------------|
| | Fecha de Continuación de la Meta | | |
| Área | Meta de la Familia | Puntuación | Puntuación |
| | | | |

**Umatilla Morrow Head Start
Family Partnership Plan * Plan de Asociación Familiar
Family Goal Statement * Declaración Familiar de Metas**

**(THIS FORM MUST BE COMPLETED WITHIN 90 CALENDAR DAYS OF ENROLLMENT)
(ESTA FORMA SE DEBE COMPLETAR DENTRO DE 90 DÍAS DEL CALENDARIO DESPUÉS DE LA MATRICULA)
PLEASE PRESS FIRMLY TO INSURE ALL COPIES ARE LEGIBLE
FAVOR DE OPRIMIR FIRME PARA ASEGURAR QUE TODAS LAS COPIAS SEAN LEGIBLES**

FAMILY NAME/APELLIDO DE FAMILIA: _____

CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NIÑO: _____

STAFF/PERSONAL: _____ CENTER/CENTRO: _____ DATE/FECHA: _____

A goal is a step or a necessary part to enhance current strengths. It should be specific, measurable, attainable, realistic and contain a time-frame. We ask all of our families to develop a goal that they can achieve by the end of the year. *Una meta es un paso o una parte necesaria para mejorar las fuerzas actuales. Debe ser específica, que se pueda medir, alcanzable, realista, y contener cuadro de tiempo. Pedimos a todas las familias que desarrollen una meta que puedan realizar para el final del año.*

GOAL AREA/AREA PARA LA META: _____
(from sub-areas on goal score sheet, page 14 / de sub-áreas en la hoja de puntuación de meta, pagina 14)

FAMILY GOAL/META DE LA FAMILIA: Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Timeline

| Steps needed to reach goal: <i>Pasos necesarios para realizar la meta:</i> | Person/Agency responsible: <i>Persona/Agencia responsable:</i> | Resources needed: <i>Recursos necesarios:</i> | Date to be completed by: <i>Fecha para completarse:</i> | Date Goal Completed <i>Fecha de meta comleta</i> |
|---|---|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

THIS GOAL CAN BE MET BY * *ESTA META SE PUEDE REALIZAR PARA:* _____
(Month/Mes) (Year/Año)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE * *FIRMA DE PADRES GUARDIÁN:* _____

**When family goal is met, a new goal should be developed on a new Family Goal Statement form.
Cuando se cumple la meta familiar, se debe desarrollar una nueva meta en una nueva forma de Declaración Familiar de Meta**

GOAL WORK FOLLOW-UP

| MID-YEAR FOLLOW-UP DATE: | MID-YEAR ACHIEVEMENT SCORE | END OF YEAR FOLLOW-UP DATE | END OF YEAR ACHIEVEMENT SCORE |
|--|----------------------------|--|-------------------------------|
| ____/____/____ (month) (day) (year) | 1 2 3 4 | ____/____/____ (month) (day) (year) | 1 2 3 4 |

SCORING:

1. Goal Achieved 2. Goal Partially-Achieved (1/2) 3. Minimal Progress ** 4. No Progress**

****If minimal or no progress noted, additional supports and/or alternative goals must be written in order to address barriers.****

White copy – Child’s File

Yellow copy – Parent/ Guardian (initial visit)

Pink copy-Parent/Guardian (mid-year)