



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2010-2011**

Sus respuestas a las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar la elegibilidad de su hijo/a y se mantendrán completamente confidenciales. **Favor de contestar todas las preguntas** lo mas precisas que le sean posible. Los resultados de este cuestionario son confidenciales y sus respuestas no son compartidas con nadie. Los reportes de la encuesta no lo identifican de ninguna manera.

**Ingresos de los Adultos en la Familia**

Nombre de Adulto	Relación al Niño (Padre, etc.)	Ingreso Anualmente
		\$
		\$
		\$

2. Indique el tiempo que los padres trabajan o estudian. Por favor circular. **F/T**=tiempo completo **P/T**= tiempo parcial.

**Madre:** ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Titulo del trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? \_\_\_\_\_ Horas de trabajo \_\_\_\_\_ Días de empleo \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Padre:** ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Titulo del trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? \_\_\_\_\_ Horas de trabajo \_\_\_\_\_ Días de empleo \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

3. Por favor, indique con un círculo el nivel de educación que cada persona ha completado: **Recibió?**  
La Madre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más Su diploma de High School o GED  
El Padre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más Su diploma de High School o GED

4. ¿Quién actualmente cuida a su hijo/a mientras que usted trabaja o asiste clases?  
 \_\_\_ Guardería/Centro de cuidado de niños cual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa  
 \_\_\_ Un Familiar o Pariente  
 \_\_\_ Otra Persona – Especifique, Por Favor: \_\_\_\_\_

5. ¿Si su niño no esta en una guardería ahora, a estado el/ella antes en un programa de cuidado de niños?  
 \_\_\_ Si \_\_\_ No Nombre de la guardería \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

6. Para asistimos mejor en asignar a su hijo a un salón ¿Su hijo, sabe usar el baño? \_\_\_ Si \_\_\_ No

7. ¿Tiene su niño/a o ha tenido alguna condición crónica de salud? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Contestó si, cual es? \_\_\_\_\_

8. ¿Su familia a vivido en mas de una dirección durante los últimos 12 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

9. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya a recibido servicios como niño/a excepcional? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o esta recibiendo.

- De Hablar (Speech)  Terapia Física  Deshabilidad Identificada- especifique \_\_\_\_\_  
 Servicios Educacionales  Salud Mental  Otra cosa: \_\_\_\_\_

10. ¿Alguno de los padres o guardián legal es miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o a sido llamado por las autoridades correspondientes a brindar servicio activo durante los últimos o siguientes 18 meses? \_\_\_ Si \_\_\_ No

11. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? \_\_\_ Si \_\_\_ No

12. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Esta en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_

13. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_

14. ¿Cómo se entero usted de este programa? \_\_\_\_\_

15. ¿Actualmente tiene su familia alguna crisis en que podemos ayudarles?

- No  Prefiero no contestar  Si (por favor de explicar) \_\_\_\_\_

16. Transportación es proveído. ¿Si no hay transportación Puede usted brindar transporte a su hijo/a)?  Si  No

17. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médicos del Niño(a) \_\_\_\_\_

18. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_

19. Randolph Hospital será usad en caso de Emergencia. Al no ser que usted indique otro hospital \_\_\_\_\_