



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2017-2018**

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.

**Información de todos los miembros del hogar**

Nombre	Relación al Niño (Padre, Tio, Abuelo, etc.)	Edad

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 \_\_\_\_\_  
 Ama de Casa \_\_\_\_\_ Buscando trabajo \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_ Otro (explique) \_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_  
 Amo de Casa \_\_\_\_\_ Buscando trabajo \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_ Otro (explique) \_\_\_\_\_

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 GED  
 El Padre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más GED

4. ¿Quién actualmente cuida a su hijo/a mientras que usted trabaja o asiste clases?  
 \_\_\_\_\_ Guardería/Centro de cuidado de niños cual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Programa de Head Start \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 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  
 Contesto si, indique el ultimo dia de asistencia \_\_\_\_\_ Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_

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

7. ¿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 Educativos  Salud Mental  Fecha de Servicios \_\_\_\_\_

8. ¿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  
 9. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 10. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Esta en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_  
 11. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_  
 12. ¿Cómo se entero usted de este programa? \_\_\_\_\_  
 13. Transportación es limitada, pero si es disponible en su área, necesitara transportación su hijo/a?  Si  No  
 14. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médicos del Niño(a) \_\_\_\_\_  
 15. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_  
 16. Randolph Hospital será usad en caso de Emergencia. Al no ser que usted indique otro hospital \_\_\_\_\_