

Evaluación de Necesidades y Referencias a Servicios
(Needs Assessment & Referrals)

Nombre del Padre/de la Madre: _____

Nombre del Niño: _____ Edad del Niño: _____

I. EVALUACIÓN

¿Tiene su hijo un Programa Individualizado de Educación (*Individualized Education Program - IEP*) activo o un Plan Individualizado de Servicios Familiares (*Individualized Family Service Plan - IFSP*) activo? SÍ NO

¿Está su hijo en un programa de educación especial? SÍ NO

¿Tiene su hijo habilidad limitada en el inglés? SÍ NO

¿Tiene su hijo varias incapacidades (físicas o mentales)? SÍ NO

II. REFERENCIAS A SERVICIOS

En mi paquete de inscripción, recibí las siguientes listas de referencias a servicios:

- Asuntos sobre la salud
- Educación/información sobre la crianza de los hijos
- Servicios para las personas con incapacidades
- Servicios de asesoría/consejería
- Servicios sobre alimentos y ropa

III. CÓMO ELEGIR SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL:

¿Entrevistó usted a más de un proveedor? SÍ NO

¿Visitó usted a su proveedor, antes de elegir los servicios? SÍ NO

¿Por qué eligió usted los servicios que eligió?

Firma del Padre/de la Madre

Fecha