

TERMINE CADA SECCIÓN.

I. INFORMACIÓN DE FAMILIA

Nombre de cliente	Relacion con el cliente CLIENTE	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo
Nombre	Relación con cliente	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo
Nombre	Relación con cliente	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo
Nombre	Relación con cliente	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo
Nombre	Relación con cliente	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo
Nombre	Relación con cliente	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social (Opcional)	Raza	Sexo

¿Hay algún niño matriculado en otro programa o distrito? Si _____ No _____
Nombre del Programa: _____
Nombre del niño: _____

II. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono de Casa	No. de celular:	Cantidad de familia	Estado Civil:
Domicilio de cliente:		Domicilio para correspondencia:	
Correo electrónico/Email:		Idioma que se habla en la casa	
Contacto de emergencia:	Teléfono:	Relación con el cliente:	

III. PROPÓSITO PARA EL CUIDADO DE NIÑO

¿Padres/Tutores trabajan por lo menos 20 horas por semana? Si _____ No _____ (Presente pruebas de trabajo de las ultimas 6 semanas)
¿por lo menos 25 horas por semana? Si _____ No _____

¿Padres/Tutores son incapacitados? Si _____ No _____ (Presente Verificación de la Incapacitación)

¿Padres/Tutores estudian o están en un programa de entrenamiento? Si _____ No _____ (Presente verificación de la escuela/programa)

Nombre del estudiante: _____ Nombre y dirección de Escuela/Programa: _____

Horas: _____

IV. ENCUESTA DE NECESIDADES FAMILIARES

Hay una variedad de literatura disponible para usted y su familia. Favor de marcar los temas de interés:

<u>Necesidades de los Niños</u>		<u>Necesidades del Padre</u>	
Dormir	Seguridad en el Hogar	Abuso de niño	Recursos de la comunidad
licenciatura de guarderías	Padres como los primeros Maestros	Problemas de lenguaje	Violencia Domestica
Desarrollo de cerebro	Disciplina y Comportamiento	Hábitos de comer	Creando Auto Estima
Social / Emocional	Etapas del Desarrollo	ADD/ADHD	GED
Creando Auto Estima	Informacion en entrenamiento para dejar pañales	Necesidades especiales	Servicios de empleo

V. FIRMA: Yo certifico que la información antedicha es verdadera y completa.

Firma del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Charlotte Office
3028 Caring Way, Suite 4
Port Charlotte, FL 33952
Phone: 941 255-1650
Fax: 941 255-5856
Toll-Free: 866-639-4979

DeSoto Office
4 West Oak Street, Suite H
Arcadia, FL 34266
Phone: 863 494-5233
Fax: 863 494-5291
Toll Free: 866-639-4979

Hardee Office
324 N. 6th Avenue
Wauchula, FL 33873
Phone: 863-767-1002
Fax: 863-767-1007
Toll Free: 866-639-4979

Highlands Office
209 N. Ridgewood Drive
Sebring, FL 33870
Phone: 863-314-9213
Fax: 863-314-4480
Toll-Free: 866-639-4979