Formulario para la asistencia primera de Playgroups del año 2021 -2022

Los playgroups son financiados por First 5 de Humboldt. Para su declaración y financiamiento ellos necesitan alguna información como los grupos raciales y étnicos que usted/su niño identifica con, el idioma que usted habla en casa, tipo de seguro médico su niño tiene, edad, etc... Este formulario provee información de contacto para una emergencia. Toda de esta información es confidencial.

Fecha: _____

Información para los padres/cuidadores

Información de contacto para los padres/cuidadores:

1. Nombre:_____
Año de nacimiento: _____ Número de teléfono celular:_____
Número de teléfono fijo:_____ Correo electrónico_____

2. Nombre:_____
Año de Nacimiento: _____ Número de teléfono celular:_____
Número de teléfono fijo: _____ Correo electrónico:_____

Es posible que su número de teléfono pueda ser utilizado para contactarle por mensaje de texto con actualizaciones de playgroup y preguntas sobre su satisfacción con los servicios de playgroup y los intereses de su familia. Las encuestas nos ayudan para reducir el número de encuestas de papel que tenemos que colectar. Usted puede elegir que llega por texto y su información es confidencial. La aplicación para las encuestas es algo que cumple con HIPPA. Ejemplos de actualizaciones de playgroup incluye información sobre cuando un playgroup será cerrado o si las horas cambian.

• Marca aquí si usted quiere hacer una exclusión voluntaria para actualizaciones y encuestas de texto por favor.

Por favor proveenos un contacto de emergencia con un nombre y número de teléfono para usted / su niño que es diferente que su propio número de teléfono Esta será usado en caso de que haya una emergencia solamente.

Nombre: _____ Número:_____
Relación, (ej: amigo, abuelo/a,etc.) _____

Marca o circule el grupo racial/étnico que usted identifica con:
• nativo de América del Norte • asiático/asiatico-americano • Negro/afroamericano
• hispánico/latino • nativo de la Polinesia • multirracial
• blanco/caucásico • Otro, (especifique, por favor) _____

¿Qual idioma usted habla la mayoría del tiempo en casa?
• inglés • español • Otro, (especifique por favor)_____

(*** Verificación de información para los padres)

Puedo confirmar que soy el padre/cuidador del niño o niños listado en sección B de esta formulario de primer tiempo de asistencia.

La firma del padre/cuidador:_____ Fecha:___/____/_____

Formulario para la asistencia primera de Playgroups parte B

<u>información del niño: Por favor, llene esta sección por cada niño entre 0-5 que asiste con usted</u>

Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento (Mes y año)"_____

Marca o circule el grupo racial/étnico que su niño identifica con:
• nativo de América del Norte • asiático/asiatico-americano • Negro/afroamericano
• hispánico/latino • nativo de la Polinesia • multirracial
• blanco/caucásico • Otro, (especifique, por favor) _____

¿Qué tipo si ellos tengan, de seguro médico tiene su niño?
• Medi-Cal • Covered California • Privado por un trabajo, por el trabajo de su esposa, etc
• Este niño no tiene seguro medico) • Otro

¿Este niño tiene Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o Programa de Servicios Familiares Individualizado (ISFP por sus siglas en inglés) para necesidades especiales?
•Si •No

Hay cosas de salud, alergias, cosas dietéticas u otra información para este niño debemos estar consciente de?
_____
_____

Nombre del niño #2: _____

Fecha de nacimiento (Mes y año)"_____

Marca o circule el grupo racial/étnico que su niño identifica con:
• nativo de América del Norte • asiático/asiatico-americano • Negro/afroamericano
• hispánico/latino • nativo de la Polinesia • multirracial
• blanco/caucásico • Otro, (especifique, por favor) _____

¿Qué tipo si ellos tengan, de seguro médico tiene su niño?
• Medi-Cal • Covered California • Privado por un trabajo, por el trabajo de su esposa, etc
• Este niño no tiene seguro medico) • Otro

¿Este niño tiene Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o Programa de Servicios Familiares Individualizado (ISFP por sus siglas en inglés) para necesidades especiales?
•Si •No

Hay cosas de salud, alergias, cosas dietéticas u otra información para este niño debemos estar consciente de?
_____
_____

Formulario para la asistencia primera de Playgroups parte B

información del niño: Por favor, llene esta sección por cada niño entre 0-5 que asiste con usted

Nombre del niño #3: _____
Fecha de nacimiento (Mes y año):_____

Marca o circule el grupo racial/étnico que su niño identifica con:
• nativo de América del Norte • asiático/asiatico-americano • Negro/afroamericano
• hispánico/latino • nativo de la Polinesia • multirracial
• blanco/caucásico • Otro, (especifique, por favor) _____

¿Qué tipo si ellos tengan, de seguro médico tiene su niño?
• Medi-Cal • Covered California • Privado por un trabajo, por el trabajo de su esposa, etc
• Este niño no tiene seguro medico) • Otro

¿Este niño tiene Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o Programa de Servicios Familiares Individualizado (ISFP por sus siglas en inglés) para necesidades especiales?
•Si •No

Hay cosas de salud, alergias, cosas dietéticas u otra información para este niño debemos estar consciente de?
_____
_____

Nombre del niño #4: _____

Fecha de nacimiento (Mes y año)_____

Marca o circule el grupo racial/étnico que su niño identifica con:
• nativo de América del Norte • asiático/asiatico-americano • Negro/afroamericano
• hispánico/latino • nativo de la Polinesia • multirracial
• blanco/caucásico • Otro, (especifique, por favor) _____

¿Qué tipo si ellos tengan, de seguro médico tiene su niño?
• Medi-Cal • Covered California • Privado por un trabajo, por el trabajo de su esposa, etc
• Este niño no tiene seguro medico) • Otro

¿Este niño tiene Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o Programa de Servicios Familiares Individualizado (ISFP por sus siglas en inglés) para necesidades especiales?
•Si •No

Hay cosas de salud, alergias, cosas dietéticas u otra información para este niño debemos estar consciente de?
_____
_____