

Pre-k Parent Information Form

Child's Name: _____

Address _____

Male _____ Female _____

Date of Birth _____

Home Phone: _____

E-mail Address _____

Cell Phone: _____

Mother

Name: _____ Age: _____ Occupation: _____

Highest grade completed in school: _____

Currently employed outside the home: Yes _____ No _____

If Yes, Full Time _____ Part Time _____ If No, are you looking for a job? Yes _____ No _____

Where were you born? _____

If you were not born in the U.S., how long have you lived here? _____

What is your primary language? _____

Can you read and write in your primary language? Yes _____ No _____

Father

Name: _____ Age: _____ Occupation: _____

Highest grade completed in school: _____

Currently employed outside the home: Yes _____ No _____

If Yes, Full Time _____ Part Time _____ If No, are you looking for a job? Yes _____ No _____

Where were you born? _____

If you were not born in the U.S., how long have you lived here? _____

What is your primary language? _____

Can you read and write in your primary language? Yes _____ No _____

Home

Who does your child live with? Both parents? _____ One parent? _____ Foster parent(s)? _____
Grandparent(s)? _____ Other? _____ Explain _____

Number of siblings _____

Name: _____ DOB _____ Name: _____ DOB _____

Name: _____ DOB _____ Name: _____ DOB _____

Other people living in your home: _____

Do you have relatives living in DuPage County? Yes _____ No _____

How many times have you moved in the last five years? _____

Has anything happened which may have influenced your child's development, such as divorce, death of a close family member, long term separation from a parent? Please explain. _____

Does your family have a car? Yes _____ No _____

YOU MUST COMPLETE THIS INCOME SECTION TO BE CONSIDERED FOR THE PRE-K PROGRAM:

Family Income

How many people live in your household? _____

What is your total gross family income (before any taxes or deductions are taken out)?

Weekly _____ OR Every two weeks _____ OR Yearly _____

Agencies Involved with Family Please check all that apply:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Public Aid | <input type="checkbox"/> All Kids | <input type="checkbox"/> Bridge Program |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Easter Seals | <input type="checkbox"/> Court system |
| <input type="checkbox"/> Public Health Dept. | <input type="checkbox"/> 0-3, CFC, Early Intervention | <input type="checkbox"/> Family Shelter |
| <input type="checkbox"/> Dept. of Corrections | <input type="checkbox"/> Easter Seals | <input type="checkbox"/> Dept. of Mental Health |
| <input type="checkbox"/> World Relief | <input type="checkbox"/> DCFS (Dept. of Children & Family Services) | |
| <input type="checkbox"/> Prevention Initiative | <input type="checkbox"/> District 41 Speech & Language Services | |

Languages

Can you understand what your child says? Yes _____ No _____
Can other people understand what your child says? Yes _____ No _____
What languages are spoken in your home? _____
What is your child's primary language? _____
How much English does the mother speak? None Some Fluent
How much English does the father speak? None Some Fluent
How much English does the child speak? None Some Fluent
Who takes care of the child during the day? _____
How much English does the person who takes care of the child speak (if it is not the mother or father)?
None Some Fluent

Health

Pregnancy:

Did you receive prenatal care? Yes _____ No _____
What was your child's birth weight? _____ Was your child premature? Yes _____ No _____
Did you have any health problems during your pregnancy? _____
Did you have any emotional problems, such as depression, during or after your pregnancy? _____
Did you have any other disease or illness that affected your baby? Yes _____ No _____
Did you use drugs or alcohol during your pregnancy? Yes _____ No _____
Did your baby have any medical problems following his or her birth? _____

Current:

Check all that apply to your child:

_____ Frequent ear infections _____ No access to medical care _____ Lead exposure
_____ Problems with vision _____ Problems with hearing

Has your child been diagnosed with any disease or disorder? _____
Does your child take any medication other than vitamins? _____
Do you have any concerns about your child's development? Explain: _____

Family:

Does anyone in your immediate family have any serious health condition or mental health concerns?
Does either of your child's parents use drugs or abuse alcohol? _____
Have either of your child's parents or any of his or her siblings received special services, including speech, (had an IEP) at school? _____

Behavior and Social Please check any that you think apply to your child:

_____ Difficulty separating from parent _____ Non-compliance
_____ High activity level _____ Impulsivity
_____ Anxiety _____ Inflexibility
_____ Difficulty getting along with other children _____ Depression
_____ Violent or destructive

Please check if your child participates in any of these group activities:

_____ Daycare _____ Play Group _____ Library Groups
_____ Babysitter _____ Preschool _____ Religious Groups
_____ Park District Programs _____ Other

Is there anything else you would like us to know? _____

I understand that I have voluntarily provided this information and this information will be used to determine eligibility for D41 Pre K qualification.

I give permission to release my contact information to CASE-Glenbard Parents as Teachers for the purpose of learning about other programs my family may be eligible for.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Thank you for taking the time to tell us about your child!

Fecha: _____

Formato de Información General – Programa Pre Kinder

Nombre Estudiante _____ Dirección _____
Sexo F _____ M _____
Fecha de nacimiento _____ Teléfono en casa: _____
Correo electrónico _____ Numero Celular: _____

Información sobre la Madre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Mayor grado escolar alcanzado: _____
Trabaja actualmente fuera de casa?: Sí _____ No _____
Si su respuesta fue si, usted trabaja: Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____
Si su respuesta fue No, está usted buscando trabajo? Sí _____ No _____
Lugar de Nacimiento de la madre? _____
Si usted no nació en los E.U., cuánto tiempo lleva usted viviendo en los E.U.? _____
Cuál es su idioma principal? _____
Puede usted leer y escribir en su idioma principal? Sí _____ No _____

Información sobre el Padre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Mayor grado escolar alcanzado: _____
Trabaja actualmente fuera de casa?: Sí _____ No _____
Si su respuesta fue si, usted trabaja: Tiempo Completo _____ Tiempo parcial _____
Si la respuesta fue no, está usted buscando trabajo? Sí _____ No _____
Lugar de Nacimiento del padre? _____
Si usted no nació en los E.U., cuánto tiempo lleva usted viviendo en los E.U.? _____
Cuál es su lenguaje principal? _____
Usted sabe leer y escribir en su idioma principal? Sí _____ No _____

Información de la Familia

Con quien vive el estudiante? Ambos padres? _____ Un solo padre? _____ Padres sustitutos? _____
Abuelo(s)? _____ Otros? _____ Si su respuesta fue otros, favor de explicar _____
Cuántos hermanos tiene el estudiante? _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento _____
Hay alguien más viviendo en casa además de padres y hermanos?: _____
Tiene familiares viviendo en el Condado DuPage? Sí _____ No _____
Cuántas veces se ha cambiado de casa en los últimos 5 años? _____
Considera que haya ocurrido alguna situación que hayan influenciado el desarrollo de su hijo(a), como un divorcio, la muerte de un familiar cercano, la separación por largo plazo de los padres? Si así lo considera por favor explique: _____
Su familia tiene carro? Sí _____ No _____

USTED DEBE LENAR ESTA SECCION SOBRE INGRESOS PARA PODER SER CONSIDERADO PARA EL PROGRAMA DE PRE-KINDER:

Ingresos Familiares

Cuántas personas en total viven en casa? _____

Fecha: _____

Cuál es el total de ingresos de la familia (Ingreso bruto - antes de cualquier deducción de impuestos u otros)

El ingreso antes mencionado es por: Semana _____ Cada dos Semanas _____ Mensual _____

Agencias que apoyan a su Familia Favor de marcar todas las agencias que apliquen:

____ Asistencia Pública ____ Todos los niños ____ Programa Puente
____ WIC ____ Easter Seals ____ Sistema de Corte
____ Depto. de Salud Publica ____ 0-3, CFC, Intervención Temprana ____ Refugio Familiar
____ Depto. de Corrección ____ Easter Seals ____ Depto. de Salud Mental
____ Ayuda Mundial ____ DCFS (Depto. Servicios de Niños & Familia)
____ Iniciativa Prevención ____ Servicios de Lenguaje y Discurso en el Distrito 41

Información sobre Idiomas en Casa

Usted puede entender lo que su estudiante le dice? Sí _____ No _____

Otras personas pueden entender lo que su estudiante dice? Sí _____ No _____

Cuál es el idioma que hablan en casa? _____

Cuál es el idioma en que su estudiante se comunica principalmente? _____

Que tanto ingles habla la mama del estudiante? Nada Poco Con fluidez

Que tanto ingles habla el papa del estudiante? Nada Poco Con fluidez

Que tanto ingles habla el estudiante? Nada Poco Con fluidez

Quien cuida del estudiante durante el día? _____

Si su respuesta es diferente a papa o mama, que tanto ingles habla la persona que está al cuidado del estudiante durante el día? Nada Poco Con fluidez

Información General Sobre Salud

Durante el Embarazo:

Recibió usted cuidado prenatal? Sí _____ No _____

Cuanto peso su estudiante al nacer? _____ Su bebe fue prematuro? Sí _____ No _____

Padeció alguna enfermedad durante el embarazo? _____

Padeció algún problema emocional en este periodo, como depresión, durante o después de su embarazo? _____

Padece usted alguna enfermedad o condición que afectara a su bebe? Sí _____ No _____

Consumió usted algún tipo de droga o bebidas alcohólicas durante su embarazo? Sí _____ No _____

Tuvo su bebe algún problema médico después de nacer? _____

Actualmente:

Marque todas las opciones que apliquen a su estudiante:

____ Infecciones frecuentes en el oído ____ Sin seguro médico ____ Exposición al Plomo

____ Problemas de la vista ____ Problemas para escuchar

Ha sido su estudiante diagnosticado con alguna enfermedad o padecimiento? _____

Además de vitaminas, toma su estudiante algún otro medicamento? _____

Tiene usted alguna preocupación sobre el desarrollo de su estudiante? Favor de explicar: _____

Antecedentes Familiares:

Algún familiar inmediato padece alguna condición seria o se tienen preocupaciones sobre su salud mental? _____

Alguno de los padres consume drogas o bebidas alcohólicas actualmente? _____

Alguno de los padres o hermanos han recibido/reciben servicios especiales? Ejemplo: terapia de habla en la escuela (Sabe si han tenido un IEP)? _____

Fecha: _____

Comportamiento o Social

Favor de marcar aquellos rasgos de personalidad que apliquen a su estudiante:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificulta para separarse del padre | <input type="checkbox"/> Incumplimiento |
| <input type="checkbox"/> Altos niveles de actividad | <input type="checkbox"/> Impulsivo (a) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Inflexibilidad |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para relacionarse con otros niños(as) | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Violento(a) o destructivo(a) | |

Favor de marcar las actividades en las que participa su estudiante:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Áreas de juego | <input type="checkbox"/> Grupo en la Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Niñera | <input type="checkbox"/> Pre-escolar | <input type="checkbox"/> Grupos Religiosos |
| <input type="checkbox"/> Programas en el Distrito de Parques | <input type="checkbox"/> Otro | |

Hay alguna otra cosa que usted desea compartir con nosotros sobre su estudiante? _____

Entiendo que he proporcionado esta información de forma voluntario y que será utilizada para determinar si me estudiante califica para el programa de Pre-Kinder del D41.

Yo doy mi permiso para compartir mi información de contacto con CASE-Glenbard - Programa Padres como Maestros, esto con el propósito de recibir información sobre otros programas en las que mi familia pudiera calificar para participar.

Firma de Padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Agradecemos el tiempo que se tomó en contarnos sobre su familia y su estudiante!

Actualización Enero 2019