

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 _____

Has your child or immediate family been significantly impacted by COVID-19? Yes _____ No _____ If so, please explain _____

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:

- | | | |
|---------------------------|------------------------------------|----------------------|
| _____ Public Aid | _____ All Kids | _____ Bridge Program |
| _____ WIC | _____ Easter Seals | _____ Court system |
| _____ Public Health Dept. | _____ 0-3, CFC, Early Intervention | _____ Family Shelter |

____ Dept. of Corrections
____ World Relief
____ Prevention Initiative

____ Easter Seals
____ DCFS (Dept. of Children & Family Services)
____ District 41 Speech & Language Services

____ Dept. of Mental Health

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!

Updated 9/20

Fecha: _____

Formato para Padres – Programa Pre Kinder

Nombre Niño (a) _____ Dirección _____
Sexo: Femenino _____ Masculino _____
Fecha de nacimiento _____ Teléfono de la casa: _____
Correo electrónico _____ Teléfono Celular: _____

Madre

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

Padre

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

Casa

Con quien vive su niño(a)? Ambos padres? _____ Un solo padre? _____ Padres adoptivos? _____
Abuelo(s)? _____ Otro? _____ Explique _____
Número de hermanos _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha Nacimiento _____
Hay otras personas viviendo con ustedes?: _____
Tiene usted parientes viviendo en el Condado de DuPage? Sí _____ No _____
Cuántas veces usted ha cambiado de casa en los últimos cinco años? _____
Han vivido alguna situación que haya podido influir en el desarrollo de su hijo(a), como un divorcio, fallecimiento de un familiar, separación a largo plazo de los padres? Por favor explique. _____
Su familia tiene carro? Sí _____ No _____
Ha sido su hijo(a) o algún familiar inmediato significativamente afectado por el COVID-19? Si _____ No _____
Si su respuesta es si, por favor explique de que forma: _____

USTED DEBE LLENAR COMPLETAMENTE ESTA SECCIÓN SOBRE INGRESOS

PARA SER CONSIDERADO EN EL PROGRAMA DE PRE KINDER:

Ingresos Familiares

Cuántas personas viven en total en su casa? _____
Cuál es su ingreso total bruto? (antes de impuestos o deducciones recibidas)
A la semana _____ Cada dos semanas _____ Anual _____

Recibe ayuda de alguna de estas agencias? Por favor marque todas las que apliquen:

____ Asistencia Pública _____ Todos los niños _____ Programa Puente
____ WIC _____ Easter Seals _____ Sistema de Corte
____ Depto. de Salud Pública _____ 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 Habla y Lenguaje del Distrito 41

Idiomas

Fecha: _____

Usted puede entender lo que su hijo(a) dice? Sí _____ No _____
Otras personas pueden entender lo que su hijo(a) dice? Sí _____ No _____
Cuál es el idioma que usan en casa? _____
Cuál es el idioma de preferencia de su hijo(a)? _____
Cuánto inglés habla la madre? Nada Poco Competente
Cuánto inglés habla el padre? Nada Poco Competente
Cuánto inglés habla el niño? Nada Poco Competente
Quién cuida del niño(a) durante el día? _____
Cuánto inglés sabe la persona que cuida el/la niño(a) durante el día (si no es el padre o madre)?
 Nada Poco Competente

Salud

Durante el Embarazo:

Recibió usted cuidado prenatal? Sí _____ No _____
Cuánto peso su niño(a) al nacer? _____ Fue su bebe prematuro(a)? Sí _____ No _____
Tuvo alguna complicación durante el embarazo? _____
Tuvo algún problema emocional (como depresión) durante o después del embarazo? _____

Padece usted alguna enfermedad o condición que pudiese afectar a su bebe? Sí _____ No _____
Consumió usted alguna droga o bebida alcohólica durante el embarazo? Sí _____ No _____
Tuvo su bebe algún problema médico después de nacer? _____

Salud Actual de su hijo(a):

Marque todas las opciones que apliquen a su bebe:

_____ Infecciones frecuente del oído _____ No tiene acceso a un plan médico _____ Exposición al Plomo
_____ Problemas para ver _____ Problemas para escuchar

Ha sido su hijo(a) diagnosticado(a) con alguna enfermedad o desorden? _____

Su hijo(a) toma algún medicamento además de vitaminas? _____

Tiene usted alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño(a) ? Explique: _____

Historial Familiar:

Alguien en su familia inmediata padece alguna condición seria o existe alguna razón de preocupación sobre salud mental? _____

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

Alguno de los padres o hermanos reciben servicios especiales, incluyendo terapia del habla en la escuela? (han tenido un IEP)? _____

Comportamiento o Social Por favor marque todas las opciones que le apliquen a su niño(a):

_____ Dificultad para separarse de los padres _____ Incumplimiento
_____ Altos niveles de actividad _____ Impulsivo
_____ Ansiedad _____ Inflexibilidad
_____ Dificultad para convivir con otros niños _____ Depresión
_____ Violento o destructivo

Por favor marque si su niño(a) participa en alguno de estas actividades grupales:

_____ Guardería _____ Área de juego _____ Grupos de la Biblioteca
_____ Niñera _____ Pre-escolar _____ Grupos Religiosos
_____ Programas del Distrito de Parques _____ Otro

Hay alguna otra cosa que desee compartir con nosotros? _____

Entiendo que he otorgado esta información de forma voluntaria y que será utilizada únicamente para determinar si me estudiante califica para el programa de Pre-Kínder del Distrito 41.

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 lo que mi familia pudiera calificar para participar.

Firma de Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Fecha: _____

Agradecemos el tiempo que se tomó en compartir con nosotros información sobre su familia y estudiante!

Actualización 09/2020