

Acuerdo de Asociación con la Familia y Plan de Acción

MSHS SHS RHS EHS Basado en Centro Basado en el Hogar FCCH Local: _____

El propósito de éste plan es para determinar cómo el personal del programa puede apoyar a las familias a persuadir sus metas.

Fecha de inscripción: _____ Nombre de la Familia: _____ Niño(s) Nombre(s): _____

Necesidades Inmediatas:

Salud Asistencia Legal
Dental Inmigración
Empleo Otro _____
Emergencia Comida/Ropa/Vivienda

Metas de la Familia:

Vivienda Necesidades
Entrenamiento de Empleo
Alfabetización de la Familia
Educación

Especiales del Niño
Salud
Inglés
Otro _____

Información Proporcionada

Transportación
Salud
Servicios Sociales
Otro _____

Fuerzas de la Familia: _____

Meta: _____

Fecha Indicada: _____ Fecha en que se Alcanzó la Meta: _____

Acción(es) de tomar por el padre:	Fecha(s):	Acción(es) de tomar por el personal:	Fecha(s):
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	
•		•	

Mi firma afirma mi deseo de participar en el Acuerdo de Asociación de la Familia y en el proceso del Plan de Acción.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

El proceso de desarrollar metas de la familia como parte del Acuerdo de Asociación de la Familia se me ha explicado por el personal Head Start. Por ahora, Yo no estoy interesado en desarrollar metas de la familia. Yo entiendo que Yo puedo escoger desarrollar metas más adelante durante la inscripción de mi hijo en Head Start.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Seguimiento:

Fecha/Iniciales

--	--

Sí el Padre no alcanzó sus metas de él/ella, favor de explicar:

--

