



Informacion Del Estudiante Judy Center

Fecha ____/____/____ Ubicación que está solicitando Hilltop Belle Grove

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo M F Idioma en casa _____ Edad del niño _____ meses/años

En el último año, ¿se ha inscrito a su hijo en el cuidado de niños? Si No

Si la respuesta es Si, donde? Familia Amigos Home provider Childcare Center Judy Center

Raza (Marque todo lo que aplica)

- Afro Americano Caucasico (Blanco) Hispano Dos o mas razas Asiatico
 Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o Isleno del Pacifico Otro

Direccion del Hogar _____ Ciudad _____ Estado MD Codigo Postal _____

Yo Podre Asistir A:

- Martes AM Martes PM Miercoles AM Miercoles PM Jueves AM Jueves PM

El Tiempo en que puedes asistir _____

Formacion de la Familia

Tiene hermanos el estudiante? Por favor nombre y especificar edad y sexo.

Nombre _____ Edad ____ Sexo _____ Nombre de la escuela _____

Nombre _____ Edad ____ Sexo _____ Nombre de la escuela _____

Nombre _____ Edad ____ Sexo _____ Nombre de la escuela _____

Nombre _____ Edad ____ Sexo _____ Nombre de la escuela _____

Informacion de los padres

Nombre del padre _____ Email _____

Telefono del hogar _____ Celular _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Adulto que asistira con el niño Lista de otros adultos que asisten con sus hijos

Nombre _____ Información de contacto _____

Nombre _____ Información de contacto _____

Nombre _____ Información de contacto _____

Nombre _____ Información de contacto _____

Su Hijo tiene algunos de los siguientes? IEP IFSP Por favor proporcione una copia.

Alergias por favor liste _____

Problemas en el desarrollo de su hijo _____

Hay cualquier situaciones traumáticas recientes, que el niño ha estado expuesto como una muerte en la familia, divorcio, o Nuevo hermano?

cio, o Nuevo hermano? Yes No

Si la respuesta es si explique

Su hijo a participado o recibido algunos de los siguientes servicios	Status
En casa con familiares	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Cuidado de Niños	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
BEST	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Head Start	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Infantes y Bebes	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Servicios de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Child Find	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Previamente Inscrito <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
Other	

Que habilidades esperas obtener al inscribir a ti y a tu hijo (a) en el programa de Judy Center?

Parent/Guardian Consent to Release Information

Declaración de confidencialidad y divulgación de información para programas del centro de Judy y asociados

Muchas agencias trabajan junto con el centro de Judy de servicios en que usted puede estar interesado. Para ayudarle a obtener los servicios que necesita lo antes posible, el centro de Judy puede compartir la información que proporciona con sus socios. Para hacer esto necesitamos su permiso por escrito.

Yo, _____ (Nombre del padre/guardian), doy mi permiso para los siguientes proveedores para obtener y liberar cualquier y toda información pertinente con respecto a mi hijo (escribe nombre del niño) _____

Reuniones del equipo de centro de Judy

Dpto. de servicios sociales

Departamento de Salud

Infantes and Bebés

Conexiones de cuidado de niños

Recreation and Parks

HOPE (For All)

Colegio Comunitario de Anne Arundel

Programa de educación para adultos

HOPE (para todos)

CHAMPS

Child Find

Head Start

Librería del condado

Other _____

Autoridad de vivienda

Pediatra/Proveedor de Salud _____

Entiendo que yo puedo terminar este acuerdo en cualquier momento. Entiendo que para recibir algunos servicios, Necesito completar formularios y documentos de los organismos asociados.

Nombre del padre (impreso)

Firma del padre

Fecha

**Formulario de descargo para medios de difusión** (Media Release/Spanish)

Por la presente, otorgo a las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel el derecho a obtener y/o usar:

- mi fotografía, imagen digital, video y/o voz grabada*
 la fotografía de mi niño(a), imagen digital, video y/o voz grabada

para fines educativos e informativos.

Comprendo que estos productos multimedia y todo subsiguiente uso de los mismos, incluyendo publicaciones, sitios web, presentaciones, videos, producciones multimedia y las transmisiones educativas por televisión por cable AACPS, se convierten en propiedad de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel y podrán ser divulgados al público a través de los medios de difusión apropiados.

Comprendo que el nombre de mi niño(a), comentarios, fotografías, imágenes de video, edad y obras de arte podrán ser utilizados en cualquier combinación de formatos, electrónicos o impresos, en iniciativas de AAPCS y de los medios de comunicación externos incluyendo sitios web y canales de televisión. También comprendo que AACPS no se hace responsable del contenido de los artículos de los medios de comunicación externos.

El formulario de autorización de difusión a medios de comunicación para los menores de 18 años debe ir acompañado de la firma de uno de los padres o tutor(a) legal.

Este descargo es para (nombre) <input type="checkbox"/> <i>Adulto</i> <input type="checkbox"/> <i>Menor</i>	Nombre de la escuela
Nombre del padre o tutor (en imprenta por favor)	
Firma del padre o tutor	Fecha

**Formulario de descargo para medios de difusión** (Media Release/Spanish)

Por la presente, otorgo a las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel el derecho a obtener y/o usar:

- mi fotografía, imagen digital, video y/o voz grabada*
 la fotografía de mi niño(a), imagen digital, video y/o voz grabada

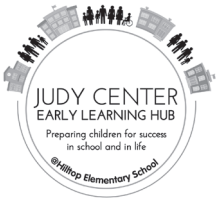
para fines educativos e informativos.

Comprendo que estos productos multimedia y todo subsiguiente uso de los mismos, incluyendo publicaciones, sitios web, presentaciones, videos, producciones multimedia y las transmisiones educativas por televisión por cable AACPS, se convierten en propiedad de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel y podrán ser divulgados al público a través de los medios de difusión apropiados.

Comprendo que el nombre de mi niño(a), comentarios, fotografías, imágenes de video, edad y obras de arte podrán ser utilizados en cualquier combinación de formatos, electrónicos o impresos, en iniciativas de AAPCS y de los medios de comunicación externos incluyendo sitios web y canales de televisión. También comprendo que AACPS no se hace responsable del contenido de los artículos de los medios de comunicación externos.

El formulario de autorización de difusión a medios de comunicación para los menores de 18 años debe ir acompañado de la firma de uno de los padres o tutor(a) legal.

Este descargo es para (nombre) <input type="checkbox"/> <i>Adulto</i> <input type="checkbox"/> <i>Menor</i>	Nombre de la escuela
Nombre del padre o tutor (en imprenta por favor)	
Firma del padre o tutor	Fecha



Family Enrollment Survey 2019 | Hilltop Judy Center

415 Melrose Ave. | Glen Burnie, MD 21061 | 410-562-1606 | www.JudyCenterHilltop.weebly.com | Twitter: @JudyCenterAACPS

El propósito del Judy Center es aumentar la preparación para kindergarten y apoyar a las familias en la comunidad de Judy Center. Judy Center es un programa integral, basado en la comunidad, que ofrece una gama completa de servicios para niños desde el nacimiento hasta los 5 años y sus familias. Los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad que están actualmente inscritos o asistirán a los programas de PreK en la escuela primaria de Belle Grove or Hilltop automáticamente califican para ser parte y recibir servicios del Belle Grove or Hilltop Judy Center. Para saber cuál es la mejor forma de ayudar a su hijo y a su familia, complete esta breve encuesta.

1. Miembros de la familia que viven en el hogar

Madre _____ Padre _____

Tutor legal _____

Dirección _____

Por favor marque la mejor manera de contactarlo: Email Celular Telefono de casa

Telefono Celular _____ Telefono de casa _____

Padres/tutor email _____

Barrio o comunidad _____

2. Tipo de hogar dos Padres Madre Soltera Padre Soltero Abuelos

Padres de crianza temporal Cuidadores sin custodia

3. Idiomas que se hablan en el hogar Ingles Español Otros _____

4. Todos los niños que viven en el hogar (Imprimir)

Nombre y Apellido del niño	Fecha De nacimiento	Genero M / F	Ingreso del Grado	Raza	Cuidado del niño Y / N
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				
	__/__/__				

¿Alguien en su casa está embarazada? Si No

5. Por favor, consulte las agencias que su familia actualmente recibe servicios de

Departamento de Servicios Sociales del Condado de Anne Arundel (TCA, Purchase of Care Vouchers, Food Stamps)

Departamento de Salud del Condado de Anne Arundel (WIC)

Program Programa de bebés y niños pequeños del condado de Anne Arundel (IFSP, IEP)

6. Por favor marque los servicios o recursos que su familia desea obtener más información sobre

- ropa comida Alojamiento comportamiento Educación de los padres Consejería Cuidado infantil
- Pruebas de plomo Desarrollo del niño preparación escolar muebles/electrodomesticos
- Comportamiento o salud mental Certificado de Nacimiento, SSI Card, identificación del estado de Maryland
- Otros _____

7. El programa de Judy Center en Belle Grove también puede conectar a los adultos con los programas de educación continua que se ofrecen en el área. Por favor, háganos saber cómo podemos ayudarle de esta manera

- ABE GED College ESL Habilidades de capacitación laboral Convalidar sus estudios
- Como escribir su resume Búsqueda de empleo Prep Preparación de la entrevista

8. Tu Familia tiene

- Seguro Medico por su empleador Asistencia Medica Seguro Dental
- Seguro de Vision Proveedor de atención primaria Dentista Oculista

9. Necesita su familia información para obtener

- Seguro de Salud /Doctor Primario Seguro Dental /Dentista Seguro de Vision /Oculista
- Vacunas Prueba de plomo

10. Verifique en qué tipo de programas y / o eventos desea que participen usted y su familia. A continuación, encontrará una lista de programas y / o eventos

- Grupos de juego Talleres para padres Noches de Familia Paseos Tutoria Prestamos de libros
- Grupo de apoyo para padres Visitas al Hogar Otros _____

11. Cuáles son los mejores momentos para que su familia asista a programas y / o eventos patrocinados por el Centro de Judy

- Mañanas 9:00–12:00 Tardes 1:00–3:00 en las Tardes despues de las 4:00

Entiendo que la información que proporciono se utilizará para la recopilación de datos por parte del programa (s) en el que estoy inscrito, así como del Departamento de Educación del Estado de Maryland, con el fin de continuar la programación y el desarrollo de fondos. Doy permiso para compartir información con Judy Center Partners y el personal administrativo de Elementary School. La información solo se compartirá con el propósito de coordinar el servicio familiar y la mejora continua de la escuela. La confidencialidad entre los agencias se observará en todo momento.

Print Name _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____