**Un letrero verde con texto blanco

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.Formulario Anual de Información del Participante Niño/Joven** (complete los dos lados)

SE ACTUALIZARÁ EN AGOSTO PARA CADA NUEVO AÑO ESCOLAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del niño/joven** |  |  |  |
| **Apellido** | **Nombre** | **Segundo Nombre** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de Nacimiento de Niño/Joven** | **Género de Niño/Joven** | **Raza/Etnicidad de Niño/Joven** (seleccione solo uno) |
| \_\_\_\_\_\_\_ **/** \_\_\_\_\_\_\_ **/** | Mujer  Hombre  Prefiero no contestar | Birracial o multirracial  Hispano  Afroamericano/negro no hispano  Haitiano  Blanco no hispano  Otro  Prefiero no contestar |
| Mes / Día / Año |

**Marque todos los idiomas que habla su niño/joven**

Inglés  Español  Creole  Otro:

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado actual de niño/joven** (para el verano, seleccione el último grado completado, seleccione solo uno) | **Miami-Dade County Public Schools ID #** *(todos los estudiantes que asisten escuela pública/chárter deben tener ID)* |
| Menos de 5 años/sin escuela Pre-K  Kindergarten  Grado 1ro-12vo (especificar): \_\_\_\_\_\_  Universidad   Sin escuela |  |
| No M-DCPS ID # |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escuela actual del niño/joven** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección del hogar** |  | |  |  |
| **Calle** | | **Ciudad** | **Código postal** |
| **Nombre del cuidador** |  |  | | |
| **Apellido** | **Nombre** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de teléfono del cuidador** | **Correo electrónico del cuidador** |
| **( ) -**  **¿Es un teléfono celular/móvil?**  Sí  No |  |
|

**Idioma preferido del cuidador para contacto de The Children's Trust** (seleccione solo uno)

Inglés  Español  Creole

The Children's Trust puede comunicarse contigo por correo postal, correo electrónico y/o mensaje de texto para preguntarte por tu satisfacción con los servicios e informarte de otros programas, iniciativas y eventos financiados por el Trust que te puedan interesar.

¿Cómo te enteraste de este programa?

Como parte de la participación voluntaria de mi hijo en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa sea enviada a The Children's Trust para fines de evaluación y calidad del programa. The Children's Trust proporciona fondos para que el programa funcione y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información recopilada (por ejemplo, siguiendo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Cuidador/ Guardián** | **Fecha** |
|  | **/ /** |
|  | Mes / Día / Año |

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Las preguntas de la próxima página se refieren a las necesidades de ayuda de su hijo, cualquier condición o desafío, sus métodos de comunicación y el apoyo que recibe. **Esta información se utiliza para garantizar que los niños y jóvenes de todas las capacidades sean bienvenidos y apoyados en programas financiados por The Children's Trust.**

ORGANIZACIÓN SITIO

**Formulario Anual de Información del Participante Niño/Joven** (complete los dos lados)

SE ACTUALIZARÁ EN AGOSTO PARA CADA NUEVO AÑO ESCOLAR

**Para apoyar la participación exitosa de su niño/joven en este programa, ¿en qué áreas podrían necesitar asistencia adicional?**

Apoyos académicos y de aprendizaje, como la lectura o la comprensión de instrucciones básicas

Manejo de los sentimientos y el comportamiento, como la necesidad de apoyo o estructura adicional

Manejo de condiciones de salud crónicas, como el uso de un EpiPen, un inhalador u otros medicamentos

Tareas de motricidad fina, como sostener un crayón/lápiz, escribir o usar tijeras

Tareas de motricidad fuertes, como deportes o actividades físicas como correr

Adaptar las actividades para tener en cuenta las necesidades visuales, comunicativas, o auditivas

Usar dispositivos de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparatos ortopédicos o andador

Servicios personales, como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa

Otro:

No se necesita ayuda específica

**Si seleccionó alguna área de necesidad de asistencia adicional, asegúrese de hablar individualmente con el personal del programa sobre las necesidades de su hijo y cómo el programa puede satisfacerlas.**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué condiciones tiene su niño/joven que podría durar un año o más?** (selecciona todo lo que corresponda) | |
| Retraso en el desarrollo (solo si es menor de 5 años)  Discapacidad intelectual/del desarrollo (más de 5 años)  Discapacidad de aprendizaje (más de 5 años)  Trastorno del espectro autista  Sordo o con problemas auditivos  Condición médica o enfermedad (como asma, diabetes, epilepsia/convulsiones, alergias graves)  Discapacidad o impedimento físico | Manejo de la agresión o el temperamento  Manejo de la atención y la hiperactividad (ADHD)  Depresión o ansiedad  Condiciones comunicativas o del lenguaje  Discapacidad visual o ceguera  Otra condición que podría durar un año o más (especifique)    Ausencia de condiciones que duren un año o más |
| ¿Alguna de las condiciones mencionadas le dificulta a su niño/joven hacer cosas que otros de su misma edad pueden hacer?  Sí, es más difícil para ellos  No, no es más difícil para ellos  N/A, no se anotan condiciones | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuáles son las principales formas en que tu hijo se comunica?** (selecciona todo lo que corresponda) | |
| Habla y se entiende fácilmente  Habla, pero es difícil de entender  Utiliza dispositivos de comunicación como imágenes o pizarra. | Usa el lenguaje de señas  Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear.  Usa sonidos que no son palabras, como reír, llorar o gruñir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué ayuda, si es que recibe alguna, recibe su niño/joven en este momento?** (selecciona todo lo que corresponda) | |
| Servicios o terapias conductuales  Consejería sobre preocupaciones emocionales  Medicación diaria (no incluye vitaminas)  Servicios de educación para estudiantes excepcionales en la escuela con un IEP o plan 504 | Terapia ocupacional (OT)  Fisioterapia (PT)  Terapia del habla/lenguaje  Ninguno de las ayudas es necesaria en este momento  Al menos uno de estos servicios es necesario pero no se recibe |

Si está interesado en otros servicios o recursos comunitarios, puedes llamar al **211 Miami Helpline, visitar** [**211miami.org**](http://211miami.org), o aprender más sobre **programas de The Children's Trust en** [**www.thechildrenstrust.org**](http://www.thechildrenstrust.org). Para recursos de necesidades especiales para personas con discapacidades y sus familias, visita [**www.advocacynetwork.org/services/individual-family-support**](www.advocacynetwork.org/services/individual-family-support) **o** [**www.thechildrenstrust.org/cwd**](http://www.thechildrenstrust.org/cwd).