

**Acuerdo de Inscripción para Early Head Start**

**Early Head Start es una colaboración con los padres. En el programa de Early Head Start los padres y el personal trabajan conjuntamente como socios para apoyar el crecimiento de su hijo/a y de su familia. Este acuerdo es una descripción del compromiso que hacemos para tener una colaboración exitosa.**

**La Trabajadora Familiar promete hacer lo siguiente:** (favor de firmar sus iniciales en cada punto )

- \_\_\_\_\_ Voy a llegar a tiempo para las visitas o avisar al padre cuando voy a llegar tarde. Voy a ofrecer tiempos alternativos u oportunidades para hacer otra cita cuando es apropiado.
- \_\_\_\_\_ Voy a presentar actividades educativas durante la visita que el padre y su hijo/a pueden hacer juntos.
- \_\_\_\_\_ Voy a trabajar con el padre en usar los materiales que tienen en la casa para enseñar y jugar con su hijo/a.
- \_\_\_\_\_ Voy a apoyar las ideas que tiene el padre y traer materiales e ideas.
- \_\_\_\_\_ Voy a referir o conectar los padres a servicios que ayudan a satisfacer sus necesidades.
- \_\_\_\_\_ Voy a recordarle al padre sobre los Eventos Familiares y lo voy a dar un calendario mensual.
- \_\_\_\_\_ Voy a ayudar y apoyar al padre en asegurar que su hijo/a asiste sus citas médicas.
- \_\_\_\_\_ Voy a reflexionar y consultar con las Supervisoras de EHS, las Enfermeras Pediátricas, y el Asesor de la Salud Mental para apoyar la familia, resolver problemas, y proveer recursos.
- \_\_\_\_\_ Voy a respetar el derecho de confidencialidad de la familia.

**El padre promete hacer lo siguiente:** (favor de firmar sus iniciales en cada punto)

- \_\_\_\_\_ Voy a estar en casa para cada visita o avisar a mi Trabajadora Familiar si necesito cancelar y hacer otra cita.
- \_\_\_\_\_ Yo entiendo que la visita dura 90 minutos y este tiempo es solo para padres, el niño, y la Trabajadora Familiar.
- \_\_\_\_\_ Voy a participar activamente con mi hijo/a y con mi Trabajadora Familiar durante la visita y voy a evitar las distracciones externas (como la televisión, usar mi celular, la computadora, videojuegos, etc.)
- \_\_\_\_\_ Yo ayudaré a planear actividades para mi hijo/a.
- \_\_\_\_\_ Voy a asistir los Eventos Familiares cada mes si estoy disponible.
- \_\_\_\_\_ Voy a asegurar que mi hijo/a asiste todas sus citas médicas.
- \_\_\_\_\_ Voy a respetar la confidencialidad de los otros niños y padres que participan en el programa.
- \_\_\_\_\_ Yo entiendo que todos los empleados de Reach Dane tienen que reportar cualquier presunto caso de abuso o negligencia al Departamento de Servicios Humanos del Condado, por ley. Reportan para proteger a los niños, y no para castigar a los padres.
- \_\_\_\_\_ Yo entiendo que si no asisto las reuniones con mi Trabajadora Familiar o si no me comunico con ella por tres semanas, pueden sacar a mí y a mi hijo/a del programa de Early Head Start.

Early Head Start esta requerido hacer varios exámenes y evaluaciones. Usted puede estar presente para todos estos exámenes- a menos que sea organizado con anticipación y su permiso (por ejemplo, tu niño(a) esta en nuestro centro de cuidados y el personal de Reach Dane puede hacer el examen durante el mismo día).

- \_\_\_\_\_ Yo autorizo que hagan exámenes de OAE, nutrición, visión, y visita dental.
- \_\_\_\_\_ Yo autorizo la investigación de ASQ y las evaluaciones de HELP y GOLD.

Durante el año, Reach Dane participará en un estudio del Departamento de Instrucción Pública y Wisconsin Readiness Equity Network. Doy permiso a Reach Dane para compartir información sobre mi hijo, incluida la información del directorio, datos demográficos e informes de progreso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Trabajadora Familiar

\_\_\_\_\_  
Fecha