**Acuerdo de Asociación con las Familias Individualizado**

Año Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Padre/Tutor:** | **Fecha Acuerdo Establecida:** |
| **Nombre del Niño:** | **Fecha de Terminación del Acuerdo:** |
| **Nombre del Trabajador Social de la Familia:** | **Fecha Tope:** |

|  |
| --- |
| **Marco de participación en Head Start de los padres, las familias y la comunidad** (Indica (X) todo lo que se relaciona a la meta) |
|  Bienestar Familiar Relaciones Positivas Entre Padres E Hijos Rol de Familia Como Educadores de Toda la Vida Participación Familiar en las Transiciones Asociaciones Entre las Familias y con la Comunidad Familias como Líderes y Defensores de Derechos |
| **Meta de la Familia #1** | Estrategias | Fecha Tope | **Parte responsable o recurso para ayudar padres para alcanzar la meta** | **Cita Completada** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recursos: | Me gustaría ser contactado respecto a esta información a través de: ( X lo que corresponda) | Si el objetivo se encuentra suspendido, indique la fecha / motivo a continuación: |
| Junta de Padres | Capacitacion: | Otro: (Especificar) |
| Materiales Escritos: | Grupo de Apoyo | Referido a: |

Firma del Padre/Tutor: Fecha: Firma del Personal: Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Padre/Tutor:** | **Fecha Acuerdo Establecida:** |
| **Nombre del Niño:** | **Fecha de Terminación del Acuerdo:** |
| **Nombre del Trabajador Social de la Familia:** | **Fecha Tope:** |

|  |
| --- |
| **Marco de participación en Head Start de los padres, las familias y la comunidad** (Indica (X) todo lo que se relaciona a la meta) |
|  Bienestar Familiar Relaciones Positivas Entre Padres E Hijos Rol de Familia Como Educadores de Toda la Vida Participación Familiar en las Transiciones Asociaciones Entre las Familias y con la Comunidad Familias como Líderes y Defensores de Derechos |
| **Meta de la Familia #2** | Estrategias | Fecha Tope | **Parte responsable o recurso para ayudar padres para alcanzar la meta** | **Cita Completada** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recursos: | Me gustaría ser contactado respecto a esta información a través de: ( X lo que corresponda) | Si el objetivo se encuentra suspendido, indique la fecha / motivo a continuación: |
| Junta de Padres | Capacitacion: | Otro: (Especificar) |
| Materiales Escritos: | Grupo de Apoyo | Referido a: |

 Firma del Padre/Tutor: Fecha: Firma del Personal: Fecha: