

**Bear River Head Start
Forma de In-Kind para los Padres**

Revised 8/2/17

| | | | | |
|-------------|-------------|------------|------------|-------------------|
| Mes: | Año: | PHS | EHS | ECP/EHS EX |
|-------------|-------------|------------|------------|-------------------|

| | |
|--------------|---------------|
| Niño: | Clase: |
|--------------|---------------|

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| Padre 1: | Intercessora Familiar: |
|-----------------|-------------------------------|

| | |
|-----------------|--------------------------|
| Padre 2: | Maestro/Educador: |
|-----------------|--------------------------|

| | Padre 1 | Padre 2 | Minutos total Del Personal |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| * El tiempo dedicado a las visitas domiciliarias | | | |
| * El tiempo empleado como Asistente de la parte C de Proveedores y Planes SOLAMENTE PARA EHS | | | |
| * El tiempo dedicado trabajando en los objetivos escritos de su niño que apoyan el currículo | | | |
| * El tiempo dedicado trabajando con las metas de su niño en la parte C SOLAMENTE PARA EHS | | | |
| * El tiempo dedicado a leer al niño/a además de los objetivos escritos del niño/a | | | |
| * Tiempo dedicado tabajando con las metas de Salud y Nutrición del niño | | | |
| El Tiempo dedicado al reclutamiento de Head Start | | | |
| El Tiempo dedicado a completar la Evaluación del Desarrollo Familiar | | | |
| El tiempo completado viajando y estando durante las citas médicas, dentales, y de salud mental del niño CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS DEL HEAD START | | | |

Total de horas de In-Kind (cuenta todo el tiempo menos el tiempo dedicado a la visita domiciliaria): _____

- Por favor devuelva este formulario a su INTERCESSORA FAMILIAR al final de cada mes. Incluya todo el tiempo dedicado en los itens arriba durante todo el mes. Todo el tiempo deberá ser apuntado en minutos.

DEVUELTA LA HOJA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

Por favor, escriba un breve resumen de cada uno de los objetivos del niño/a:

Metas del niño que apoyan el Currículo:

Metas de Salud & Nutrición:

Parte C Metas para apoyar el currículo:

| | Millas en total |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Llevando al niño al médico, al dentista, al consejero, etc. DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS DE HEAD START | |

Padre 1 Firma: Fecha:

Padre 2 Firma: Fecha:

Firma del Empleado de BRHS: Fecha:

(Por favor explique sus millas si hay alguna)
Comentarios del Personal:

Solamente para el Uso de La Oficina Fiscal

* to be counted for space time

Total Space

Total Mileage

Total In-kind Time