

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

Revised 8/2/17

<b>Mes:</b>	<b>Año:</b>	<b>PHS</b>	<b>EHS</b>	<b>ECP/EHS EX</b>
-------------	-------------	------------	------------	-------------------

<b>Niño:</b>	<b>Clase:</b>
--------------	---------------

<b>Padre 1:</b>	<b>Intercessora Familiar:</b>
-----------------	-------------------------------

<b>Padre 2:</b>	<b>Maestro/Educador:</b>
-----------------	--------------------------

	<b>Padre 1</b>	<b>Padre 2</b>	<b>Minutos total Del Personal</b>
* 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