

FORMULARIO D

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<i>Solo para uso de la oficina:</i>			
Fecha:	ID familiar:	ID del miembro de la familia:	
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo- <i>(Nombre que prefiere ser llamado):</i>
Nombre del miembro del personal que refiere:			Nuevo miembro de la familia: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Sección A. Programas de educación de crianza basados en la evidencia <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Crianza activa ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza activa de preadolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza activa de adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de apoyo para padres de ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Co-crianza y resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
STEP temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGC - Guía para tomar buenas decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cómo hablar para que los niños escuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mami y yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa enriquecedor para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa enriquecedor de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cafés para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza en América	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
El recorrido durante la crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Criar sabiamente – Sesiones individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Criar sabiamente – Sesiones grupales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de crianza positiva (Triple P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección A. Programas de educación de crianza basados en la evidencia <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Crianza como fuente de poder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervención adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección B. Grupos de ayuda mutua <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Grupo de abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de apoyo para padres adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de apoyo para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Padres que ayudan a otros padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección C. Talleres/Capacitaciones de aptitudes de la vida <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Talleres de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alfabetización financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo de la conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección D. Programas de educación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Educación de adultos (GED, Capacitación laboral, ESOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Competencia informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección D. Programas de educación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Head Start/Preescolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo/Enlace escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Clases de educación para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección E. Artes / Eventos culturales <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos familiares especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Salidas y viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos de cocina/ Aporte de platos para una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Poesía/ Caminata con historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección F. Grupos de juego <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Grupo de juego, actividades padre/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades educativas/recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección G. Eventos deportivos y de recreación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Salidas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Picnic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Celebración de días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección H. Otros servicios y derivaciones <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
NECESIDADES BÁSICAS				
Asistencia con ingresos/Transicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SSI/SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vivienda/Albergue (Solicitudes de vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia para rentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia con combustible/Servicios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transporte (Pases de autobús, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Búsqueda de empleo/trabajo (Solicitudes de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentos/Nutrición (Despensa, Comidas, WIC, Cupones para alimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de traducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inmigración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Información sobre ciudadanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia en feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EQUIPO/MATERIAL				
Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pañales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fórmula infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asientos de bebé para el automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Muebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
APOYO FAMILIAR				
Servicios de violencia en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de abuso/negligencia infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Información sobre desarrollo infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección H. Otros servicios y derivaciones <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Intervención temprana / Evaluación del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidado infantil (de emergencia o continuo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios para niños con necesidades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios para padres con hijos con necesidades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Evaluación de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plan de servicio de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Derivación a LMHC relacionada con CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo individual/familiar (Consultorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo individual/familiar (Externo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD				
Atención médica (Evaluaciones, seguro, vacunaciones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Planificación familiar, embarazo y apoyo para amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección I. Notas	
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN

(Para darle a la familia)

Nombre del programa	Proveedor	Dirección del proveedor	Información de contacto del proveedor	Tipo de programa

Notas: