

Glen Ellyn District 41 Early Childhood Program Parent Information Form

Child's Name: _____ Male ___ Female ___ Date of Birth ___/___/___
Address _____ Email address: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Mother

Name: _____ Age: _____ Occupation: _____
Highest grade completed in school: _____ Currently employed outside the home: Yes ___ No ___
If Yes, Full Time ___ Part Time ___ If No, are you looking for a job? Yes ___ No ___
Where were you born? _____ If you were not born in the U.S., how long have you lived here? _____
What is your primary language? _____ Can you read and write in your primary language? Yes ___ No ___

Father

Name: _____ Age: _____ Occupation: _____
Highest grade completed in school: _____ Currently employed outside the home: Yes ___ No ___
If Yes, Full Time ___ Part Time ___ If No, are you looking for a job? Yes ___ No ___
Where were you born? _____ If you were not born in the U.S., how long have you lived here? _____
What is your primary language? _____ Can you read and write in your primary language? Yes ___ No ___

Home

Who does your child live with? Both parents? ___ One parent? ___ Foster parent(s)? ___ Grandparents? ___
Other? _____ Explain _____ Number of siblings _____

Name: _____ DOB _____ Name: _____ DOB _____
Name: _____ DOB _____ Name: _____ DOB _____

Other people living in your home: _____

Do you have relatives living in DuPage County? Yes ___ No ___

How many times have you moved in the last five years? ___ Has anything happened which may have influenced your child's development, such as divorce, death of a close family member, long term separation from a parent? Please explain. _____

Does your family have a car? Yes ___ No ___

Has your child or immediate family been significantly impacted by COVID-19? If so, please explain _____

Family Income

How many people live in your household? _____

What is your total gross family income (before any taxes or deductions are taken out)?

Weekly _____ OR Every two weeks _____ OR Yearly _____

Agencies Involved with Family Please check all that apply:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Public Aid | <input type="checkbox"/> Public Health Dept. | <input type="checkbox"/> Dept. of Mental Health |
| <input type="checkbox"/> All Kids | <input type="checkbox"/> 0-3, CFC, Early Intervention | <input type="checkbox"/> World Relief |
| <input type="checkbox"/> Bridge Program | <input type="checkbox"/> Family Shelter | <input type="checkbox"/> DCFS (Dept. of Children & Family Services) |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Dept. of Corrections | <input type="checkbox"/> Prevention Initiative |
| <input type="checkbox"/> Easter Seals | <input type="checkbox"/> Easter Seals | <input type="checkbox"/> District 41 Speech/ Language |
| <input type="checkbox"/> Court system | | |

Glen Ellyn District 41 Early Childhood Program Parent Information Form

Languages

Can you understand what your child says? Yes _____ No _____

Can other people understand what your child says? Yes _____ No _____

What languages are spoken in your home? _____

What is your child's primary language? _____

How much English does the mother speak? None Some Fluent

How much English does the father speak? None Some Fluent

How much English does the child speak? None Some Fluent

Who takes care of the child during the day? _____

How much English does the child's caregiver speak (if it is not the mother or father)? None Some Fluent

Health

Pregnancy:

Did you receive prenatal care? Yes _____ No _____

What was your child's birth weight? _____ Was your child premature? Yes _____ No _____

Did you have any health problems during your pregnancy? _____

Did you have any emotional problems, such as depression, during or after your pregnancy? _____

Did you have any other disease or illness that affected your baby? Yes _____ No _____

Did you use drugs or alcohol during your pregnancy? Yes _____ No _____

Did your baby have any medical problems following his or her birth? _____

Current:

Check **all** that apply to your child:

_____ Frequent ear infections _____ No access to medical care _____ Lead exposure _____

Problems with vision _____ Problems with hearing _____

Has your child been diagnosed with any disease or disorder? _____

Does your child take any medication other than vitamins? _____

Do you have any concerns about your child's development? Explain: _____

Family:

Does anyone in your immediate family have any serious health condition or mental health concerns? _____

Does either of your child's parents use drugs or abuse alcohol? _____

Have either of your child's parents or any of their siblings received special service (had an IEP)s, including speech, at school? _____

Behavior and Social

Please check any that you think apply to your child:

_____ Difficulty separating from parent

_____ Non-compliance/

_____ High activity level

_____ Impulsivity

_____ Anxiety

_____ Inflexibility

_____ Difficulty getting along with other children

_____ Depression

_____ Violent or destructive

Glen Ellyn District 41 Early Childhood Program Parent Information Form

Please check if your child participates in any of these group activities:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Daycare | <input type="checkbox"/> Preschool |
| <input type="checkbox"/> Play Group | <input type="checkbox"/> Religious Groups |
| <input type="checkbox"/> Library Groups | <input type="checkbox"/> Park District Programs |
| <input type="checkbox"/> Babysitter | <input type="checkbox"/> Other |

Is there anything else you would like us to know? _____

_____ I understand that I have voluntarily provided this information and this information will be used to determine eligibility for Glen Ellyn District 41 PreK qualification.

_____ I give permission for my child to participate in developmental screening as part of the Glen Ellyn District 41 PreK eligibility process.

_____ I give permission to release my contact information to CASE-Glenbard Parents as Teachers for the purpose of learning about other programs my family may be eligible for.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Updated 10/2023

Thank you for taking the time to tell us about your child!

**Formulario de información para padres del Programa de Primera Infancia del
Distrito 41 de Glen Ellyn**

Nombre del niño: _____ Hombre ____ Mujer ____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Dirección _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Madre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Grado más alto completado en la escuela: _____ Actualmente empleado fuera del hogar: Sí
____ No ____ Si es así, tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ Si no, ¿está buscando trabajo? Sí No
____ ¿Dónde naciste? _____ Si no nació en los EE.UU., ¿cuánto tiempo ha vivido aquí? _____ ¿Cuál es
tu idioma principal? _____ ¿Puedes leer y escribir en tu idioma principal? Sí ____ No ____

Padre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Grado más alto completado en la escuela: _____ Actualmente empleado fuera del hogar: Sí
____ No ____ Si es así, tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ Si no, ¿está buscando trabajo? Sí No
____ ¿Dónde naciste? _____ Si no nació en los EE.UU., ¿cuánto tiempo ha vivido aquí? _____ ¿Cuál es
tu idioma principal? _____ ¿Puedes leer y escribir en tu idioma principal? Sí ____ No ____

Hogar

¿Con quién vive su hijo? ¿Ambos padres? ____ ¿Uno de los padres? ____ (Los padres de crianza)? ____

Abuelos? ____ ¿Otros? _____ Explique _____ Número de hermanos

____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento

____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Otras personas

que viven en su hogar: _____ ¿Tiene

parientes que viven en el condado de DuPage? Sí ____ No ____ ¿Cuántas veces se ha mudado en

los últimos cinco años? ____ ¿Ha sucedido algo que pueda haber influido en el desarrollo de su hijo,

como divorcio, muerte de un familiar cercano, separación prolongada de uno de sus padres? Por favor
explique.

¿Tiene su familia un automóvil? Sí ____ No ____

¿Su hijo o su familia inmediata se han visto afectados significativamente por el COVID-19? Si es así,

explique _____

Formulario de información para padres del Programa de Primera Infancia del Distrito 41 de Glen Ellyn

Ingresos familiares

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es su ingreso familiar bruto total (antes de descontar impuestos o deducciones)?

Semanal _____ O Cada dos semanas _____ O Anual _____

Agencias involucradas con la familia Por favor marque todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Ayuda Pública	<input type="checkbox"/> 0-3, CFC, Intervención Temprana	<input type="checkbox"/> Ayuda Mundial
<input type="checkbox"/> All Kids	<input type="checkbox"/> Refugio familiar	<input type="checkbox"/> DCFS (Departamento de Servicios para Niños y Familias)
<input type="checkbox"/> programa Bridge	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Departamento correccional
<input type="checkbox"/> Easterseals	<input type="checkbox"/> Sistema judicial	<input type="checkbox"/> Sellos de Pascua
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Pública	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Iniciativa de Prevención
		<input type="checkbox"/> Distrito 41 Habla/Lenguaje

Idiomas

¿Puedes entender lo que dice tu hijo? Sí _____ No _____

¿Pueden otras personas entender lo que dice su hijo? Sí _____ No _____

¿Qué idiomas se hablan en tu casa? _____

¿Cuál es el idioma principal de su hijo? _____

¿Cuánto inglés habla la madre? Ninguno Algo Fluido

¿Cuánto inglés habla el padre? Ninguno Algo Fluido

¿Cuánto inglés habla el niño? Ninguno Algo Fluido

¿Quién cuida al niño durante el día? _____

¿Cuánto inglés habla el cuidador del niño (si no es la madre o el padre)? Ninguno Algo Fluido

Salud

El embarazo:

¿Recibiste atención prenatal? Sí _____ No _____

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? _____ ¿Su hijo fue prematuro? Sí _____ No _____ ¿Tuviste algún problema de salud durante tu embarazo? _____

¿Tuvo algún problema emocional, como depresión, durante o después de su embarazo? _____

¿Tuviste alguna otra enfermedad o dolencia que afectó a tu bebé? Sí _____ No _____ ¿Usó drogas o alcohol durante su embarazo? Sí _____ No _____

¿Tuvo su bebé algún problema médico después de su nacimiento? _____

Actual:

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

Infecciones frecuentes de oído _____ Sin acceso a atención médica _____

Formulario de información para padres del Programa de Primera Infancia del Distrito 41 de Glen Ellyn

Exposición al plomo _____ Problemas de visión _____ Problemas de audición _____

¿A su hijo le han diagnosticado alguna enfermedad o trastorno?

_____ ¿Toma su hijo algún medicamento además de vitaminas?

_____ ¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo?

Explicar: _____

Familia:

¿Alguien de su familia inmediata tiene alguna condición de salud grave o problema de salud mental?

¿Alguno de los padres de su hijo usa drogas o abusa del alcohol? _____

¿Alguno de los padres de su hijo o alguno de sus hermanos recibió servicios especiales (tuvo un IEP), incluido el habla, en la escuela? _____

Comportamiento y Social

Por favor marque cualquiera que crea que se aplica a su hijo:

_____ Dificultad para separarse de los padres

_____ Ansiedad

_____ Incumplimiento

_____ Inflexibilidad

_____ Alto nivel de actividad

_____ Dificultad para llevarse bien con otros niños

_____ Impulsividad

_____ Depresión

_____ Violento o destructivo

Por favor verifique si su hijo participa en alguna de estas actividades grupales

_____ Preescolar

_____ Guardería

_____ Grupos religiosos

_____ Grupo de juego

_____ Programas del distrito de parques

_____ Grupos de biblioteca

_____ Otros

_____ Niñera

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos? _____

**Formulario de información para padres del Programa de Primera Infancia del
Distrito 41 de Glen Ellyn**

_____ Entiendo que he proporcionado voluntariamente esta información y que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para la calificación de PreK del Distrito 41 de Glen Ellyn.

_____ Doy permiso para que mi hijo participe en la evaluación del desarrollo como parte del proceso de elegibilidad para PreK del Distrito 41 de Glen Ellyn.

_____ Doy permiso para divulgar mi información de contacto a CASE-Glenbard Parents as Teachers con el fin de conocer otros programas para los que mi familia puede ser elegible.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____ Actualizado

10/2023

¡Gracias por tomarse el tiempo para contarnos sobre su hijo!