

Umatilla Morrow Head Start, Inc.
Documento para Reusar Negativa

Nombre del Niño _____ Fecha _____

Defensor para Niño y Familia/ Defensor de Familia _____

Información que la familia no desea proveer o participar (marcar todas las que aplican):

- Family Partnership Plan / Plan de Asociación Familiar
- Goal Planning / Hacer Planes de Metas
- Budget Worksheet / Hoja de Trabajo para Presupuesto
- Medical Exam / Examen Medico
- Dental Exam / Examen Dental
- Nutrition Assessment / Evaluación de Nutrición
- Neighborhood Clean-up / Limpieza de la Vecindad
- Neighborhood Watch program / Programa de Vigilancia para la Vecindad
- Other (please specify) (Otro, por favor especifique) _____

Declaración de la Familia

Comprendo que al completar los formularios y citas específicas son parte del trabajo con el que se necesita cumplir en el Head Start y Early Head Start. Se me ha pedido y animado proveer tal información que ayudaría para completar estos formularios y citas. Sin embargo, no deseo participar en este proceso. Por favor consideren mi firma de abajo como mi decisión de reusar proveer la información marcada arriba. Comprendo que mi Defensor de Niño y Familia/Defensor de Familia continuara repasando mi situación al transcurso del año para asegurar si los servicios se proveen cuando sea necesario.

Padres/Guardian _____ Fecha _____

Fechas que se Repasó con los Padres

January _____

February _____

March _____

April _____

May _____

June _____

July _____