|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | **Fecha** | | | |
| **CUIDADOR ADULTO PRIMARIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Family Management* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🔾 Nuevo | | 🔾 Continuo | | | 🔾 Reinscribirse | | **Fecha de Inicio con HIPPY** | | | | |  | | | | **Identificación/ # de Caso** | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | |  | | | | | | | | | | | | | **Sexo** | | 🔾 Femenino |
| **Apellido** | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | 🔾 Masculino |
| **Dirección** | |  | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento**  ***(MM/DD/AA)*** | | |
| **Ciudad** |  | | | | | | **Estado** | |  | | **Código Postal** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idioma Primario** | | | | | | | | | | **Idioma Secundario** | | | | | | | | |
| 🔾 Ingles  🔾 Español | | | | 🔾 Otro ***(Especificar)*** | |  | | | | 🔾 Ingles  🔾 Español | | | | 🔾 Ninguno  🔾 Otro ***(Especificar)*** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen Primario Hispano o Latino** | | | | | | | | **Raza (Identidad Racial del Individuo)** | | | | | | | | | | |
| 🔾 No Origen Hispano o Latino  🔾 Hispano o Latino  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Especificar el Origen Primario Hispano)** | | | | | | | | 🔾 Indio Americano/Nativo de Alaska  🔾 Negro o Afroamericano  🔾 Multirracial  🔾 Blanco  🔾 No Sabe | | | | | **(*Especificar la Tribu Principal abajo)***  🔾 Asiático/Islas del Pacifico  🔾 Medio Este/África del Norte  ***Especificar Aqui*** | | | | | |
| **NIÑO HIPPY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Family Management* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🔾 Nuevo | | 🔾 Continuo | | | 🔾 Reinscribirse | | **Fecha de Inicio con HIPPY** | | | | |  | | | | **Identificación / # de Caso** | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | |  | | | | | | | | | | | | | **Sexo** | | 🔾 Femenino |
| **Apellido** | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | 🔾 Masculino |
| **Dirección** | |  | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento**  ***(MM/DD/AA)*** | | |
| **Ciudad** |  | | | | | | **Estado** | |  | | **Código Postal** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idioma Primario** | | | | | | | | | | **Idioma Secundario** | | | | | | | | |
| 🔾 Ingles  🔾 Español | | | | 🔾 Otro ***(Especificar)*** | |  | | | | 🔾 Ingles  🔾 Español | | | | 🔾 Ninguno  🔾 Otro ***(Especificar)*** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen Primario Hispano o Latino** | | | | | | | | **Raza (Identidad Racial del Individuo)** | | | | | | | | | | |
| 🔾 No Origen Hispano o Latino  🔾 Hispano o Latino  **(Especificar el Origen Primario Hispano)** | | | | | | | | 🔾 Indio Americano/Nativo de Alaska  🔾 Negro o Afroamericano  🔾 Multirracial  🔾 Blanco  🔾 No Sabe | | | | | **(*Especificar la Tribu Principal abajo)***  🔾 Asiático/Islas del Pacifico  🔾 Medio Este/África del Norte  ***Especificar Aqui*** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de Adulto** | | | | | **Identificación/# de Caso** | | | | | | **Fecha** |
| **INFORMACIÓN DEL ADULTO** | | | | | | | | | | | |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Record NEW TouchPoint > Adult Education TouchPoint* | | | | | | | | | | | |
| **Nivel Más Alto de Educación Completada** | | | | | | | **Actualmente Inscrito**  🔾 Escuela Intermedia  🔾 Colegio  🔾 Programa de GED  🔾 No Inscrito  🔾 Universidad  ***(Especificar Carrera)*** | | | **Estatus**  🔾 Inscrito de Tiempo Completo  🔾 Inscrito de Medio Tiempo  🔾 No Inscrito | |
| 🔾 Menor que el Diploma de Preparatoria o Preparatoria Libre  🔾 Preparatoria Libre  🔾 Diploma de Preparatoria  **Ultimo Grado**  **Completado:** | | | | 🔾 Universidad no Certificada/Licenciado  🔾 Algo de Universidad  🔾 Grado de Asociado  🔾 Licenciatura  🔾 Maestría  🔾 Doctorado | | |
| **Especificar Estudio de Formación/ Enfoque de Carrera:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Record NEW TouchPoint > Adult Information TouchPoint* | | | | | | | | | | | |
| **Estado Civil**  🔾 Casado/a  🔾 Soltero/a  🔾 Separado/a  🔾 Divorciado/a  🔾 Viudo/a  **Ocupación**  🔾 Empleado a tiempo completo  🔾 Empleado a medio tiempo  🔾 Ama de Casa  🔾 Estudiante  🔾 Desempleado | | **# de Niños Inscritos en**  **HIPPY Este Año del Programa** | | | | | | | **Fuente de Referencia**  🔾 Doctor/Clínica de Salud  🔾 Amigo/Familia  🔾 Sistema de Concordancia Local  🔾 Padre de vuelta en el programa  🔾 Escuela  🔾 Organización de Servicios Sociales  🔾 Contratación de Personal  🔾 WIC  🔾 Transferencia de Otro Sitio HIPPY ***(Especificar)***  🔾 Otro ***(Especificar)***  ***Especificar Aqui*** | | |
| **Currículo de HIPPY** | | | | | | |
| **Año**  ❑ Pequeños Aprendices, Edad 2  ❑ Año 1, Edad 3  ❑ Año 2, Edad 4  ❑ Año 3, Edad 5 | | | | **Idioma**  🔾 Inglés  🔾 Español  🔾 Los Dos | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Ingresos del Hogar**  or | | | | | | | | | | | |
| **Anual**  🔾 $0 - $20,000  🔾 $20,001 - $40,000  🔾 $40,001 - $60,000  🔾 $60,001 o mas | | | | | **Mensual**  ***Cantidad***  🔾 Padre/Madre no se Siente Cómodo/a dando Una Respuesta | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de Ni**ñ**o** | | | | | **Identificación/ # de Caso** | | | | | | **Fecha** |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO** | | | | | | | | | | | |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Record NEW TouchPoint > Child Information TouchPoint* | | | | | | | | | | | |
| **Año de Plan de Currículo**  **de HIPPY**  ❑ Pequeños Aprendices, Edad 2  ❑ Año 1, Edad 3  ❑ Año 2, Edad 4  ❑ Año 3, Edad 5 | **Servicios ACTUALMENTE está Recibiendo el Nino HIPPY** | | | | | | | | | | |
| **Son de hoy en día las inmunizaciones del niño?** 🔾 Sí 🔾 No  **Seguro**  ❑ Ninguno  ❑ Chequeos Tempranos y Periódicamente, Diagnósticos, y Tratamiento (EPSDT)  ❑ Medicaid  ❑ Privado  ❑ Programa de Seguro Estatal para la Salud de los Niños (CHIP)  ❑ Tri-Care / Military | | | | | | | | | **Terapia**  ❑ Ninguno  ❑ Emocional / Comportamiento  ❑ Audición  ❑ Ocupacional  ❑ Física  ❑ Habla  ❑ Visión | |
| **Parentesco con**  **el Niño HIPPY**  🔾 Madre  🔾 Madrastra  🔾 Madre Adoptiva  🔾 Abuela  🔾 Tía  🔾 Padre  🔾 Padrastro  🔾 Padre Adoptivo  🔾 Abuelo  🔾 Tío  🔾 Otro Hombre  🔾 Otra Mujer  ***(Especificar Otro Relación)*** |
| **Nutrición**  ❑ Ninguno  ❑ Cupones de Alimento  ❑ Gratis/Precio Reducido del Lunch  ❑ WIC | | | | | | | **Educación y Cuidado**  🔾 Solamente HIPPY  🔾 Head Start  🔾 Jardín de Niños  🔾 Pre-Jardín de Niños en Escuela  🔾 Pre-Jardín de Niños en Centro  🔾 Cuidado en Casa (Licenciado o No- Licenciado)  🔾 Cuidado por Amigos o Parientes  **Misceláneos**  🔾 Ninguno  🔾 Refugio para Indigentes  🔾 Otro Programa de Visitante en Casa  🔾 Otro Servicios para Niños  ***(Especificar Otros Servicios/Programas)*** | | | |
| **Discapacidad de Niño** | | | | | | | |
| **Diagnostico**  🔾 No  🔾 Si ***(Especificar)*** | | | **Sospecha**  🔾 No  🔾 Si ***(Especificar)*** | | | | |
| 🔾 **AmeriCorps**  🔾 **Financiado por MIECHV**  🔾 **Elegible por TANF**  🔾 **Estudio Longitudinal del Participante** | | | | | **Aprobada por la Oficina del Estado TANF**  🔾 **Sí**  🔾 **No**  **Administrador de la Oficina del Estado:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |