

Fecha de la Aplicación	Condado

IN*SOURCE
Aplicación para Recurso Regional de Padres

Contactar Información

Nombre					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono casero		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Dirección de email					
¿Cuál es la mejor época de alcanzarle? (Indicar por favor una época entre 8:00 a.m. y 4:00 p.m., de lunes a viernes)					
Comprobar por favor ✓	<input type="radio"/> Afroamericano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispanico <input type="radio"/> Nativo Americano <input type="radio"/> La otra nacionalidad (especificar por favor)	Idiomas (Comprobar todo lo que aplica)	<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (especificar por favor):		

Niños Información

Número de niños		Edades	
¿Niños con discapacidades/discapacidades sospechosas?		<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Recibe su niño servicios de educación especial?		<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Indica si, por favor indicar el distrito escolar o la corporación especial para us niño.			
Nombrar las discapacidades (✓ marcar discapacidad primaria)	<input type="radio"/> ADD/ADHD <input type="radio"/> Dificultades de aprendizaje <input type="radio"/> Impedimentos ortopédicos <input type="radio"/> Retardo mental (infancia temprana) <input type="radio"/> Impedimentos visuales	<input type="radio"/> Desórdenes del espectro del autismo <input type="radio"/> Dificultades mentales <input type="radio"/> Desórdenes de comunicación <input type="radio"/> Dificultades de audición	<input type="radio"/> Sordera y ceguera <input type="radio"/> Discapacidades múltiples <input type="radio"/> Sospechado de/ no diagnosticado
			<input type="radio"/> Discapacidad, emocional <input type="radio"/> Impedimentos neurológico <input type="radio"/> Lesiones traumáticas cerebral <input type="radio"/> Otros impedimentos de la salud

Actividades

¿Ha atendido usted un taller conducido por IN*SOURCE?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
¿Ha estado implicado en el proceso de la intervención temprana o de la educación especial para su niño?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
¿Está usted implicado en grupos de padres en su área?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Describir:		
¿Es usted activo en otras organizaciones?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Si si, indicar por favor qué organizaciones:		

En qué medida quiere usted hacer las actividades siguientes en el futuro. (Indicar por favor su buena voluntad seleccionando un número a partir del 4 a 0 cib 4 que

