



Evaluación de la Comunidad

Delegado: _____ Fecha: _____

Complete uno de estos formularios para cada grupo de familias migratorias en su área de servicio, aunque actualmete usted provea o no provea servicios.

Lugar (ciudad, zona rural): _____

A que distancia queda el centro Head Start, Trabajadores Migratorios y de Temporada: _____

¿Cuáles son los arreglos de vivienda de la familia?:

Número de familias presentes este año: _____

Número de familias que esperan para el próximo año: _____

Número de niños elegibles de acuerdo a edad en este año: _____

Número de niños elegibles de acuerdo a edad que espera el próximo año: _____

En lo siguiente, anote todos los trabajos en los que las familias están participando mientras están en Illinois:

Empleador: _____ Cosecha: _____ Tipo de Trabajo: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha que termina: _____ Días y Horas: _____

Empleador: _____ Cosecha: _____ Tipo de Trabajo: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha que termina: _____ Días y Horas: _____

Empleador: _____ Cosecha: _____ Tipo de Trabajo: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha que termina: _____ Días y Horas: _____

¿Dónde obtienen las familias otros servicios?

SERVICIO	PROVEEDOR Y LUGAR	DISTANCIA DE LA FAMILIA
W.I.C.		
Médico		
Dental		
Estampillas de Comida		
Ayuda Pública		
Asistencia Legal		
Alimentos Emergencia		
Educación Adulta		

¿De dónde vinieron las familias? _____

¿Dónde se irán cuando se muden de Illinois? (Si su vivienda es en Illinois, explique como funciona esto):