

Nombre de la Embarazada: _____ LOC ID # _____
Apellidos Primer nombre Segundo Nombre

Lower Columbia College Head Start/EHS/ECEAP
Acuerdo con Padres Participantes en el Programa durante el Embarazo

Estamos comprometidos a que todos los padres y niños tengan una experiencia exitosa y satisfactoria en Early Head Start. A medida que nos unimos en esta asociación con ustedes, es importante que entendamos nuestras funciones y responsabilidades como padres /tutores y personal del programa. Bienvenidos y esperamos conocerlos a ustedes y a su familia.

Entendemos que el personal de Early Head Start proporcionará lo siguiente:

1. **Respeto**
 - Tratar a mi familia con amabilidad y dignidad
2. **Confidencialidad**
 - Mantener confidencial toda la información que comparto (verbal y escrita) dentro de la agencia, a menos que yo dé mi consentimiento por escrito para compartirla con otras agencias, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA).
3. **Apoyo**
 - Apoyar y alentar a mi familia para alcanzar nuestras metas individuales.
 - Ayudarme a acceder los recursos de la comunidad.
4. **Visitas al Hogar**
 - Llamarme si van a llegar tarde o necesitan reprogramar la visita.
 - Pedir mis observaciones e ideas con el fin de planificar las actividades para las visitas domiciliarias.
 - Trabajar en equipo para apoyar a mi familia, lo que podría incluir programar que un miembro del personal de apoyo se una a la visita en el hogar.
5. **Grupos de Socialización (PAL y PACT)**
 - Solicitar mis sugerencias para actividades y alimentos que se servirán durante los Grupos de Socialización.
6. **Obligación de Reportar**
 - Reportar cualquier incidente sospechoso de negligencia o abuso infantil de acuerdo con lo establecido por la ley del Estado de Washington.
7. **Salud Mental**
 - Consultar con el equipo de Salud Mental del Programa lo relacionado con las necesidades sociales/emocionales mías y de mi familia.

Entiendo que lo siguiente es lo que se espera de nosotros como padres inscritos en el Programa:

1. **Respeto**
 - Tratar al personal del programa Early Head Start y a otros padres y niños en el programa con amabilidad y dignidad.
 - Entiendo que como madre inscrita en el programa se espera que no use ni esté bajo la influencia de drogas ilegales, cannabis, alcohol o tabaco durante las visitas programadas a mi hogar y en todas las actividades del programa, incluidas las reuniones de socialización.

2. Confidencialidad

- Mantener la confidencialidad de las discusiones que se lleven a cabo en los Grupos de Socialización.
- Los comentarios mantenidos en secreto crearán una atmósfera de seguridad, confianza y apertura.
- Abstenerme de publicar en las redes sociales, fotos de niños de Head Start/Early Head Start/ECEAP, que no sean los míos.

3. Participación

- Asistir al número requerido de visitas domiciliarias para permanecer en el programa.
- Establecer un horario regular de visitas domiciliarias con el personal de EHS.
- Llamar al personal de EHS para cancelar y reprogramar una nueva visita al hogar en caso de yo o mi hijo estemos enfermos o tengamos alguna emergencia.
- Programar una visita con el Especialista en Desarrollo Infantil y Familiar dentro de las 2 semanas posteriores al parto de mí recién nacido.
- Participar en una visita domiciliar de evaluación de recién nacidos con una enfermera y un el Especialista en Desarrollo Infantil y Familiar
- Asistir a los grupos de socialización a menos de que yo o mi hijo/s estemos enfermos o tengamos una ausencia justificada.
- Trabajar con el personal de EHS para crear metas para mi familia.
- Documentar mi tiempo como voluntario en el programa, es decir, en el aula, en proyectos especiales, actividades en casa (aprendizaje en el hogar/trabajo voluntario), etc., ya que este programa es gratuito.
 - Documentar tres (3) horas de tiempo por semana trabajando con mi hijo ayudará a cumplir con la meta de trabajo voluntario del programa.

4. Yo doy mi autorización para que:

- **Mi nombre y número de teléfono que aparezcan en la lista de padres de familia para ser utilizados por los Representantes del Comité de Padres, los miembros de la Mesa Directiva y los miembros del personal para que pueda mantenerme informada de los próximos eventos del programa.**
_____ (iniciales)
- **Me tomen fotografías o videos:**
 - **En el salón de clases, para ser usadas en actividades del salón de clases** _____ (iniciales)
 - **Para ser utilizadas en las redes sociales, en periódicos, televisión, pizarrones de anuncios comunitarios, publicaciones educativas o pantallas (intentaremos darle notificación previa).**
_____ (iniciales)
- **En caso de una emergencia, el personal de LCC me transporte, proporcione u obtenga asistencia médica para mí.** _____ (iniciales).
- **Recibir correspondencia del programa a través de texto y/o correo electrónico (Se podrían aplicar tarifas estándar de mensajes y datos)** _____ (iniciales)
- **Se programe una cita para que una enfermera asista a una visita domiciliar para administrar una evaluación perinatal social /emocional.** _____ (iniciales)
- **Los resultados de la evaluación perinatal social/emocional se compartan con mi Especialista en Desarrollo Infantil y Familiar, Trabajadora Social de EHS, Especialista de Salud de EHS y Equipo de Salud Mental de EHS.** _____ (iniciales)

Firma de la Madre Participante

Fecha

Firma del Personal

Fecha

Firma del Padre Participante

Fecha

Firma del Personal

Fecha