

2017-2018 SC Early Childhood Education Parent Questionnaire
2017-2018 Cuestionario de educación pre-escolar de Carolina del Sur para los padres

Child's Name _____ School: _____
Nombre/Apellido del Niño Escuela:
Child lives with _____
Niño vive con _____
Teacher _____ Date: _____
Maestro/a Fecha

1. Low Birth Weight/Peso al Nacer

Did your child weigh below 5.5 pounds at birth?/¿Pesó el niño/a menos de 5.5 libras (2.49K) al nacer?

_____ No
_____ Yes/ Si

2. Income Range of Family/Ingreso de la familia

What is the income range of your family? (Check appropriate line.) If you prefer not sharing this information, please check "Not Available." /¿Cual es el ingreso de la familia? (Seleccione la cantidad correcta). Si prefiere no divulgar esta información, seleccione "No Disponible"

_____ 0 – 10, 000
_____ 10,001 – 20, 000
_____ 20,001 – 30,000
_____ 30,001 – 40,000
_____ 40,001 – 50,000
_____ 50,001 – 60,000
_____ 60,001 or above (o mas)
_____ Not Available (no disponible)

3. Caregiver Prior to School/Cuidado antes de comenzar la escuela

Check the descriptor that best describes the last school or childcare setting your child attended prior to entering this school-based program. Seleccione la descripción que mejor describe la escuela ó el cuidado de su niño/a antes de comenzar la escuela.

_____ Center Based Care (a private childcare center other than any described in this section.)
Centro materno para cuidado de niños (programa privado fuera de los ya mencionados en esta sección.)
_____ Family Child Care Center (home-based) (someone keeps a small group of
children in their home- either a relative or a nonrelative.) Cuidado en un centro de
familia (hogar privado donde cuidan un grupo pequeño de niños, puede ser en la casa de un pariente ó de
un particular)
_____ HEAD Start
_____ Home w/Family Member (one or two children in the care of a family member –not
described as "day care" or "childcare" center.) En casa con un miembro de la familia (uno o dos
niños en casa de un pariente, pero que no se identifica como un centro para cuidar niños)
_____ Home w/ Non-Family Member/ En la casa con una persona que no es pariente.

4. Medical Care Source/Servicios Médicos

Check the source your family generally uses for medical care.

Seleccione el servicio médico usado for la familia.

_____ Free Health Clinic (a "free, public health type clinic")/Dispensario de salud gratis
_____ Emergency Room/ Sala de emergencia
_____ Family Physician/ Médico de familia
_____ Other/otro

2017-2018 SC Early Childhood Education Parent Questionnaire
2017-2018 Cuestionario de educación pre-escolar de Carolina del Sur para los padres

5. Early Childhood Placement/Asignación de grado

Check the type of classroom your child is placed in this year.

Seleccione el tipo de aula en que se encuentra su niño este año.

- Classroom for 3-year-olds/ Aula para niños de 3 años
- Classroom for 4-year-olds/ Aula para niños de 4 años
- Classroom for 5-year-olds/ Aula para niños de 5 años
- Multiage Classroom (Multiage classrooms are those serving children of more than one grade span – for example, 3’s and 4’s together - there are many types of combinations.) Aula combinada (Aula donde se encuentran niños de más de una edad. Puede haber diferentes combinaciones de estudiantes.)

For Office Use Only:

6. Classroom Type
- District Owned School Based Full-day (DSF) (Mark for all five year olds.)
- District Owned School Based Half-day (DSH) (Mark for all four year olds.)
7. First Steps (Participant First Steps funded Program).
- No (The classroom is receiving NO funding from First Steps.)
- Partial Funding (First Steps provides some funding for the classroom: funding is split).
- Yes

8. Family Literacy Services.

Servicio de alfabetización para familias

Please indicate if you have participated in a School District Family Literacy Program.

(This needs to be completed for 4 year olds and 5 year olds who did not attend 4K.)

Indique si ha participado en el program de alfabetización ofrecido por el distrito escolar.

(Debe contestar si su niño tiene 4-5 años y no asistió al 4K)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Both Parents/los dos padres | <input type="checkbox"/> Mother/madre |
| <input type="checkbox"/> Father/padre | |
| <input type="checkbox"/> Guardian (or Grandparent) Guardián/tutor | <input type="checkbox"/> None/ Ninguno |

9. Years Family Literacy Services /Años participando en el servicio de alfabetización

If you received services through the District Family Literacy Program, please indicate the number of years you received those services. **(This needs to be completed for 4 year olds and 5 year olds who did not attend 4K.)**

Si ha recibido servicios a travez de este program, por favor indique por cuantos años ha participado. **(Debe contestar si su niño tiene 4-5 años y no asistió al 4K)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> None/no he participado | <input type="checkbox"/> 2-3 Years/2-3 años |
| <input type="checkbox"/> Under 1 Year/ Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 3-4 Years/3-4 años |
| <input type="checkbox"/> 1-2 Years/1-2 años | |

10. Special Needs/Necesidades especiales

If applicable, please indicate your child’s disability status.

Indique si su niño es discapacitado.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> None/no | <input type="checkbox"/> Speech/Incapacidad del habla |
| <input type="checkbox"/> Emotional Disabilities/ Incapacida emocional | <input type="checkbox"/> Physical Disabilities/ Incapacidad fisica |
| <input type="checkbox"/> Learning Disabilities/ Incapacida psíquica | <input type="checkbox"/> Other/otra |

2017-2018 SC Early Childhood Education Parent Questionnaire
2017-2018 Cuestionario de educación pre-escolar de Carolina del Sur para los padres

11. Qualified At-Risk - Not Served/ Clasificado a riesgo – sin obtener servicios

(Please respond if your child is in the 5K Program, only.)

(Por favor conteste si su niño/a está en el programa 5K)

If your child is at risk and was not served in the 4K Program when they were 4, please indicate reason your child was not served./ Si su niño está clasificado a riesgo y no recibió servicios del programa 4K cuando tenía 4 años, indique la razón.

<input type="checkbox"/> None/ Ninguna	<input type="checkbox"/> Lack of full-day service/ No hay servicio de día completo
<input type="checkbox"/> Classroom Space/Capacidad del aula	<input type="checkbox"/> Transportation/ Transportación
<input type="checkbox"/> DIAL 3 Score/ Resultado del DIAL-3	<input type="checkbox"/> Other/otro
<input type="checkbox"/> Personnel/personal	

12. Head Start

Was your child served in Head Start any time from birth to age 4?

Asistió su niño/a al programa Head Start alguna vez (desde la infancia a los 4 años?)

No
 Yes/sí

12. Countdown to Kindergarten (Please respond if your child is in the 5K Program, only.)

Contando hasta el Kindergarden

Did your child receive Countdown to Kindergarten home visits during the summer prior to kindergarten?/ ¿Recibió su niño/a visitas en la casa el verano antes de comenzar kindergarten?

No
 Yes/Sí

14. Parent Education Level (for the Mother or Female Guardian)

Nivel de Educación (de la madre ó tutora)

<input type="checkbox"/> None/ Ninguna	<input type="checkbox"/> Bachelors/ Bachillerato
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> High School/Colegio
<input type="checkbox"/> Masters/Maestría	<input type="checkbox"/> No HS Diploma/Sin Diploma
<input type="checkbox"/> PhD/Doctorado	<input type="checkbox"/> Total number years of Education/Años de educación