

Resource Connection for Families Application for Screening Services

All children who will be turning 3 years old during the coming year or are already ages 3, 4 or 5 are eligible for a (**free**) Language-Speech Screening.

Parents and current child care provider will be given a copy of the results. Because these services are funded in part by the County, the agency is required to provide an acknowledgement and release to the County signed by the parent/guardian receiving service, for such Agency records, which may be required by Manatee County Government for the purpose of monitoring and evaluating services. In addition, agency records relating to the program may be public records under Chapter 119, Florida Statutes. Your signature below authorizes funding sources to review files related to this program.

Child's Information

Child Care Center / Preschool / Head Start attending: _____

Name: _____ Birth Date: ___/___/___/ Circle: Boy or Girl

Race: Black/African Amer. White/Caucasian Biracial
 Asian/Pacific Islander American Indian/Eskimo

Ethnicity: Hispanic Haitian Other: _____

** If you have any speech or language concerns, please explain.*

Name: _____ Birth Date: ___/___/___/ Circle: Boy or Girl

Race: Black/African Amer. White/Caucasian Biracial
 Asian/Pacific Islander American Indian/Eskimo

Ethnicity: Hispanic Haitian Other: _____

** If you have any speech or language concerns, please explain.*

Parent Information

Name: _____ Phone #: _____

Address: _____

City: _____ Zip _____

Parent/Guardian Signature

Authorizes screening from date signed for one year

Date

Conexion de Recursos para Familias Solicitud de Servicios

Todos los niños que van a cumplir 3 años de edad durante el año que viene o que ya las edades de 3, 4 o 5 son elegibles para una libertad de expresión de detección y Lenguaje.

Los padres y el proveedor de servicios de cuidado de niños recibirán una copia de los resultados. Como estos servicios son financiados en parte por el Condado, la agencia está obligada a proveer reconocimiento y autorización firmada por la madre/padre/guardian legal que está recibiendo el servicio para compartir los expedientes con el Condado con el propósito de supervisión y evaluación de servicios. Además, los expedientes de la agencia relacionados con el programa pueden ser públicos bajo Capítulo 119, de los Estatutos de Florida. Su firma abajo autoriza a las fuentes de financiamiento a revisar expedientes relacionados con este programa.

Información de los Niños

Head Start / Centro attending: _____ Circule: Niño o Niña

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Raza: Negro/Americano Africano Blanco/Caucasico Biracial
Asiatico/Isleno Pacifico Indio Americanon/Esquimal

Grupo ethnico: Hispano Haitiano Otro: _____

** Si usted tiene alguna preocupacion del habla o lenguaje, por favor explique.*

Head Start / Centro attending: _____ Circule: Niño o Niña

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Raza: Negro/Americano Africano Blanco/Caucasico Biracial
Asiatico/Isleno Pacifico Indio Americanon/Esquimal

Grupo ethnico: Hispano Haitiano Otro: _____

** Si usted tiene alguna preocupacion del habla o lenguaje, por favor explique.*

Información de Madre/Padre/Guardian

Nombre: _____ Telefonos #: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Codigo postal Zip _____

Firma del Madre/Padre/Guardian

Fecha

Autoriza seleccion de la fecha de firma por un años.