



**John H. Reagan Early College High School**  
**Family Resource Center**  
**Family Needs Survey (2014-2015 School Year)**



I acknowledge that providing information requested on this form is optional. By completing and returning this form, I am granting permission for the information to be used by the Family Resource Center to contact me about services that may be available to my family, and for planning services and classes. By returning the form, I give the staff at the FRC permission to enter my personal information into a computer database and keep it in the database for 5 years.

**Please return the completed form to the School Office. Thank you!**

**Information for Parent(s)/Legal Guardian(s):**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Race/Ethnicity: Hispanic/Latino Black/African American White Asian Bi-racial Other: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ How long at this address? \_\_\_\_\_ months/years

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Language: English Spanish Other: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Computer at home? Yes No Internet access? Yes No

Total number of people in your household: \_\_\_\_\_ Number of children younger than 19 years old: \_\_\_\_\_

Children's First and Last Names	Date of Birth	School	Grade

1. Are you new to this school this year? No Yes; if yes, where did your child attend school last year? \_\_\_\_\_

2. What kind of medical insurance do all the children in your household have? **(Please check all that apply)**  
Medicaid CHIP MAP Sliding fee scale Private insurance None

3. Does/Is anyone in your household:

- Have coughing, wheezing or chest tightness (symptoms of asthma)? No Yes
- Have high blood sugar (symptoms of diabetes)? No Yes
- Pregnant? No Yes
- Adults 19 years of age and older who do NOT have health insurance? No Yes

4. Would you like information about any of the following? **(Please check all that apply)**

- Employment Food Clothing Rent/Utilities Assistance Housing Transportation  
Medical Insurance/Health Care Counseling/Mental Health Services After school programs  
Tutoring for your child Mentoring for your child (If yes to mentoring, is a parent in prison? No Yes)  
Applying for college Legal Assistance Immigration Volunteer opportunities at school

5. Would you like information about any of these adult education classes? **(Please check all that apply)**

- English classes GED prep Adult literacy  
Computer/internet/email Parenting classes/teen issues Healthy cooking  
Exercise Gardening Budget/finances  
Leadership/Neighborhood Watch Training Preparing children under 5 years for school  
AISD Parent Cloud (web-based program to allow parents to review student's grades, attendance and email teachers)

6. Do you have a library card for free services in the Austin Public Library System? No Yes

For office use only: Date Entered: \_\_\_\_\_; by whom: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

## El Centro de Recursos de Familias de la Escuela Secundaria de John H. Reagan



### Encuesta de Necesidades Familiares (Año Escolar 2014-2015)

Reconozco que proporcionar la información solicitada en esta encuesta es opcional. Al completar y devolver esta encuesta, le doy autorización al Centro de Recursos para la Familia (FRC) que use la información contenida para comunicarse conmigo acerca de servicios que pueden ser disponibles para mi familia, y para planear servicios y clases. Al devolver esta encuesta, autorizo que mi información personal sea ingresada a un sistema de datos de computadora y sea guardada en el sistema por 5 años.

**Por favor devuelva esta encuesta a la oficina de la escuela lo más pronto posible. ¡Gracias!**

#### Información de Padre(s)/Custodio Legal(es):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza/etnicidad: Hispano/Latino Negro/Afroamericano Blanco Asiático Bi-racial Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tiempo en esta dirección: \_\_\_\_\_ meses/años

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: Inglés EspañolCorreo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Tiene computadora en casa? No Sí ¿Internet? No Sí

Número de personas en su casa: \_\_\_\_\_ Número de niños en su casa menores de 19 años de edad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de Sus Hijos	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

- ¿Su familia es nueva a la escuela este año?  No  Sí  
Si es nuevo/nueva, ¿a qué escuela fue su hijo/hija el año pasado? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de seguro médico tienen sus niños que viven en su casa? **(Por favor marque todo que aplica)**  
Medicaid CHIP MAP Pago de servicios de acuerdo a su salario Seguro médico privado Nada
- ¿Hay alguien en su casa quien:
  - Tiene toz, resuello o opresión en el pecho (síntomas del asma)? No Sí
  - Tiene niveles altos de azúcar en la sangre (síntomas de diabetes)? No Sí
  - Esta embarazada? No Sí
  - Adultos de 19 años y más que no tienen seguro médico? No Sí
- ¿Gustaría información sobre cualquiera de los siguientes? **(Por favor cheque todo que aplica)**  
Empleo Comida Ropa Auxilio de alquiler o gastos Vivienda Transportación  
Seguro Médico/Ayuda de Salud Consejo/servicios de salud mentales Programas después de escuela  
Tutoría escolar Mentor para su hijo (¿Si está interesado en un mentor, está un padre en la prisión? No Sí)  
Aplicar para el colegio Asuntos Legales Asuntos de Inmigración Oportunidades voluntarias en la escuela
- ¿Gustaría información sobre las siguientes clases para adultos? **(Por favor cheque todo que aplica)**  
Clases de inglés GED (el diploma secundario) Alfabetización  
Computación/Internet/Correo Electrónico Clases para padres /asuntos de adolescentes  
Cocina saludable Ejercicio Jardinería Manejo de dinero/ Finanzas  
Liderazgo/Entrenamiento en el programa de Vigilancia en la Vecindad (*Neighborhood Watch*)  
Preparación para niños menores de 5 años para entrar a la escuela  
AISD Parent Cloud (un programa en la web que le da acceso a padres para ver las calificaciones y asistencia de su estudiante y comunicarse con maestros vía correo electrónico).
- ¿Tiene tarjeta de biblioteca para la Biblioteca Pública de Austin? No Sí

For office use only: Date Entered: \_\_\_\_\_; by whom: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Rev. 7/23/2014