

# Doña Ana County Head Start Family Partnership Agreement

Child's Name: \_\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

**In Family Goal Setting Process**

Yes  No

**Family Partnership Agreement**

Yes  No

**Effective Dates**

\_\_\_\_\_

**Meeting Dates:**

Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>
Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>
Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>

**Meeting Dates:**

Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>	Center <input type="checkbox"/>
Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>	Home Visit <input type="checkbox"/>
Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>	Phone Call <input type="checkbox"/>

<b>Family Goal:</b>	<b>Short Term / Long Term</b>
<b>Family Outreach Responsibility / Time Line:</b>	
<b>Family Responsibility / Time Line:</b>	

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Doña Ana County Head Start  
Family Partnership Agreement**

**Progress on Goal:**

--

**Continuation of Responsibility / Time Line:**

--

**Follow-Up:**

--

**Goal Completion:** \_\_\_\_\_

**Parent Initials:** \_\_\_\_\_

**Staff Initials:** \_\_\_\_\_

**Date copy of partnership given to parents:** \_\_\_\_\_

# Head Start del Condado de Doña Ana Acuerdo para un Asociacion de Familia

Nombre de Nino: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

En Proceso Familiar Estableciendo Metas

Acuerdo da Asociacion Familiar

Fechas Efectivas:

Si  No

Si  No

\_\_\_\_\_

Fechas de las juntas:

	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>
	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>

Fechas de las juntas:

	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>	Centro <input type="checkbox"/>
	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>

**Meta de la familia: corto plaza / largo plazo**

**Responsabilidad / Programe de el/la trabajadora familiar**

**Reponsabilidad / Programa de la familia**

Firma del Padre(s): \_\_\_\_\_

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

Firma de Personal: \_\_\_\_\_

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

**Head Start del Condado de Doña Ana Acuerdo para una Asociación de Familia**

**Progresos sobre el objetivo:**

--

**Continuación de reponsabilidad / programa:**

--

**Continuación:**

--

**Meta Terminada:** \_\_\_\_\_

**Iniciales del Padre:** \_\_\_\_\_ **Iniciales del Personal:** \_\_\_\_\_

**Fecha cuando se le dió copia al Padre:** \_\_\_\_\_