Southern New Hampshire Services

Child Development Program

**Early Head Start Encuesta de Salida para Los Padres**

1. Porqué escogió participar en Early Head Start?
2. Qué efecto ha tenido el programa de Early Head Start en su niño?

3. Cómo Early Head Start hizo diferencia en la vida de su niño y/o su familia?

4. Cómo preparó el programa de Early Head Start a su niño para el prescolar?

5. Qué sugerencias tiene para mejorar el programa de Early Head Start?

6. *Estaría disponible para compartir su experiencia con* Early Head Start con nuestro programa y la oficina de Head Start para el uso en folletos, reports, y en nuestros esfuerzos de reclutamiento en la comunidad? Si \_\_\_ No \_\_\_

(Forma disponible para completar, no es necesario identidad si es solicitada)

Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Center based \_\_\_\_ Home Based \_\_\_\_

Años en el Programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_