**Family Partnership Agreement**

*The purpose of a Family Partnership Agreement is to build a mutual and trusting relationship between your family and the Head Start/EHS staff. To develop a Family Partnership Agreement, each party must agree to a specific set of expectations.*

# Kosciusko County Head Start/EHS agrees to:

* Provide a safe environment to encourage your child’s learning and development
* Provides services at no cost to families
* Maintain confidentiality in accordance with HIPAA
* Provide support with emergency situations
* Collaborate with community agencies to serve your child and family
* Provide parent involvement opportunities
* Provide Spanish translation services, as appropriate
* Inform your family of community events
* Complete the Family Partnership Plan to identify strengths, prioritize needs, and formulate meaningful goals

# The Family agrees to:

* Abide by Head Start/EHS policies and guidelines
* Participate in parent/teacher conferences and home visits
* HS children maintain an average of 85% child attendance
* Maintain regular contact with Head Start/EHS staff:
	+ Inform staff of family needs
	+ Contact classroom staff within the first hour of school starting if child is going to be absent for any reason
* Update Head Start/EHS staff of household changes:
	+ Addition/Removal of household and Emergency Contact members
	+ Phone/Address changes
* Complete child’s health requirements:
	+ Physical Exam
	+ Dental Exam (Within 90 days of enrollment for Head Start children)
	+ Medical Screenings (i.e. hemoglobin, lead, vision, hearing, etc.)
* Provide Head Start/EHS staff with medical and dental follow-up and treatment information
* Dental Follow up (as required by dental provider) must be completed within 3 months of exam

**Parent Statement:** I understand that by signing this form, I am developing a Family Partnership Agreement with Kosciusko County Head Start/EHS. I understand what is expected of my family to participate in this program. I also have been informed about Parent Opportunities in the Head Start/Early Head Start programs and have received a copy of the available opportunities.

Child’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Colaboración entre Head Start y la familia**

*El propósito de la Colaboración entre Head Start/Early Head Start y la familia es de construir una relación confiable mutua entre su familia y el personal de Head Start/EHS. Para desarrollar ésta colaboración, cada parte debe estar de acuerdo con un par de expectativas específicas.*

# El Head Start/EHS del Condado de Kosciusko se compromete a:

* Proveer un ambiente seguro para alentar el aprendizaje y el desarrollo de su niño/a
* Proveer servicios sin costo para las familias.
* Mantener confidencialidad de acuerdo con HIPAA
* Proveer apoyo con situaciones de emergencia
* Colaborar con agencias de la comunidad para servirle a su niño/a y familia
* Proveer oportunidades en que los padres pueden participar
* Proveer servicios de traducción en Español, cuando sea apropiado
* Informarle a su familia de eventos en la comunidad
* Completar una encuesta para identificar su fortaleza, darle prioridad a sus necesidades, y formular metas positivas

# La Familia está de acuerdo con:

* Seguir las políticas y pautas de Head Start/EHS
* Participar en las conferencias de Padre/Maestro y visitas a casa
* Mantener un promedio de 85% de asistencia en la clase
* Mantener contacto regular con el personal de Head Start/EHS:
	+ Informarle al personal de las necesidades de la familia
	+ Comuníquese con el personal del salón de clases dentro de la primera hora del comienzo de clases si su niño/a va a estar ausente por cualquier motivo
* Notificar al personal de Head Start/EHS de cambios en el hogar/familia:
	+ Añadir/Remover personas viviendo en la casa y contactos de emergencia
	+ Cambios de Teléfono y Dirección
* Completar requerimientos de salud para el niño/a:
	+ Examen Físico
	+ Examen Dental (Tienen 90 días a partir del día de matrícula)
	+ Exploración Médica (i.e. hemoglobina, plomo, vision, audición, etc.)
* Proveer al personal de Head Start/EHS con información de seguimiento y tratamiento médico y dental
* Seguimiento Dental (como exige el proveedor dental) debe ser completado dentro de los 3 meses de examen

**Declaración de Padres:** Entiendo que al firmar ésta forma, estoy entrando en una colaboración familiar con el Head Start/EHS del Condado de Kosciusko. Entiendo lo que se espera de mi familia para participar en éste programa. He sido informado/a en cuanto a las Oportunidades para Padres en los programas de Head Start/Early Head Start y he recibido una copia de las oportunidades que están disponibles.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_