

**FORMULARIO PARA DETERMINAR EL IDIOMA PRINCIPAL
DE CLIENTES HISPANOS**

El Departamento de Servicios para Niños y Familias del estado de Illinois quiere que usted entienda sus derechos y desea asegurarse que usted y sus hijos reciban los servicios requeridos. Es importante que nosotros sepamos si usted tiene alguna dificultad en entender o hablar en inglés. A pesar de que no es requerido que Ud. Responda a las siguientes preguntas, sus respuestas nos ayudarán a proporcionarles los servicios más apropiados. Por favor, marque la respuesta correcta a las siguientes preguntas:

A. Idioma de los Padres (Por favor indique su selección con una X)

1. ¿Generalmente habla Ud. español en su hogar? Sí No
2. ¿Se comunica usted mejor en el idioma inglés o en el idioma español ?
3. Prefiero recibir servicios en el idioma inglés en el idioma español .

SI LA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS A2 O A3 ES "ESPAÑOL", USTED TIENE EL DERECHO DE SER ATENDIDO POR UN TRABAJADOR QUE HABLE ESPAÑOL Y RECIBIR SERVICIOS para su familia a través de un trabajador bilingüe.

B. Comunicación por Escrito

¿Encuentra usted que le es más fácil leer en español que en inglés? Sí No

SI USTED INDICA QUE LEE MEJOR EN ESPAÑOL, LOS FORMULARIOS Y AVISOS DEL DEPARTAMENTO (DCFS) LE SERÁN PROPORCIONADOS EN ESPAÑOL.

Para verificar esta información se les pedirá a todos aquellos clientes que han indicado que leen mejor en español, que completen ellos mismos la versión en español de este formulario para determinar el idioma principal.

C. Idioma de Niño(a)

1. ¿Por lo general, habla(n) su(s) hijo(s) español en el hogar? Sí No
2. ¿Se comunica(n) su(s) hijo(s) mejor en el idioma inglés o en el idioma español ?

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ES "ESPAÑOL" SU HIJO(A) RECIBIRÁ SERVICIOS BILINGÜES, A MENOS QUE USTED ESPECIFICAMENTE DECLARE POR ESCRITO QUE USTED NO QUIERE QUE EL/ELLA RECIBA UN DETERMINADO SERVICIO BILINGÜE. POR FAVOR INDIQUE EL IDIOMA PRINCIPAL DE CADA UNO DE SUS HIJOS(AS) EN LA SECCION E.

D. Identificación de los Padres/Tutor Legal

Nombre de la Madre

Nombre del Padre

País de Origen

País de Origen

* Idioma Principal

*Idioma Principal

Si no se conoce el idioma principal de los padres, por favor explique: _____

*Indique el idioma principal de acuerdo con la respuesta a la pregunta A2

Firmas del Cliente

Madre

Otra

Padre

Parentesco

Fecha

Nombre del Trabajador Bilingüe

E. Nombre de los Niños	Edad	Idioma Principal	Nombre del Trabajador Bilingüe	Fecha
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si Ud. tiene niños pequeños que todavía no saben hablar, por favor indique sus nombres a continuación:

SI UD. TIENE ALGUNA DIFICULTAD CON CUALQUIER ASPECTO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS A UD. O A SU FAMILIA, O SI NO ENTIENDE LOS FORMULARIOS PREPARADOS PARE SU CASO, UD. TIENE EL DERECHO DE LLAMAR A UN REPRESENTANTE BILINGUE AL TELÉFONO 312/808-5264.