

9. ¿Alguno de sus hijos recibió un libro la última vez que tuvieron un chequeo en el consultorio del doctor?

- Sí No No lo se

10. Pensando en el mes pasado, ¿cuántas veces fue usted a la biblioteca con su niño(a)/sus niños?

- 0 1 2 3 4 o más

11. ¿Quién en su casa tiene membresía de la biblioteca? Marque todos los que apliquen.

- Nadie Uno o más adultos Uno o más niños

12. ¿Qué tan seguido lee usted algo en voz alta delante de sus hijos?

- Nunca Rara vez A veces A menudo

13. ¿Cuál es su parentesco con los niños a los que desea inscribir en la Biblioteca de la Imaginación de Dolly Parton?

- Madre Abuela Padre Abuelo Otra relación _____

14. ¿Cuál es el nivel más alto de escolaridad que completó usted?

- Menos que la Preparatoria Algo de Preparatoria Diploma de Preparatoria/GED
 Algunos años de universidad o diploma AA Diploma Universitario o más avanzado
 Prefiero no responder

15. ¿Cuál es su raza/ grupo étnico? Marque todas las que apliquen.

- Afro Americano / Negro Indio Americano / Nativo Americano Asiático
 Hispano / Latino Blanco Otro grupo Prefiero no responder

16. ¿Qué idioma es el que más se habla en su casa?

- Ingles Español Otro idioma _____

17. ¿Cómo se enteró de la Biblioteca de la Imaginación de Dolly Parton? Marque todas las que apliquen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asociación local de Smart Start | <input type="checkbox"/> Programa de Padres como Maestros |
| <input type="checkbox"/> United Way | <input type="checkbox"/> Amigos / Parientes |
| <input type="checkbox"/> Biblioteca Pública | <input type="checkbox"/> Evento Público |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Sitio Web / Página de Internet |
| <input type="checkbox"/> Consultorio Médico | <input type="checkbox"/> Redes Sociales |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> Boletín Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales | <input type="checkbox"/> Periódico |
| <input type="checkbox"/> Guardería / Centro de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Head Start Temprano/Head Start | |

iMuchas Gracias!



Presenta la
Biblioteca de la Imagenación de Dolly Parton



¿De qué se trata?

La Biblioteca de la Imagenación de Dolly Parton es un juego de libros de 60 volúmenes que comienza con el cuento clásico para niños *The Little Engine That Could™*. Cada mes, su niño recibirá directamente por correo en su hogar un nuevo libro seleccionado cuidadosamente. Lo mejor de todo, ¡es un **REGALO GRATIS!** No hay ningún costo ni ninguna obligación para su familia.

¿Quién es elegible?

Los niños en edad preescolar, desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, que residan en el condado de Rowan.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

1. Ser un residente del condado de Rowan.
2. Presentar un formulario oficial de registro, llenado en su totalidad por uno de los padres o el tutor legal. (El formulario deberá estar aprobado y encontrarse en los archivos de Smart Start Rowan, Inc.)
3. Notificar a Smart Start Rowan, Inc. cuando su dirección cambie. Los libros se envían por correo a la dirección indicada en el formulario oficial de registro. *Si la dirección del niño cambia, será necesario que usted se comunique con las personas en la dirección que aparece en esta tarjeta para continuar recibiendo libros.*
4. Leer con su niño.

¿Cuándo voy a recibir libros?

Los libros comenzarán a llegar a su hogar de ocho a diez semanas después de que se reciba su formulario de registro y éstos continuarán llegando hasta que su niño cumpla los cinco años de edad o usted se mude fuera del condado de Rowan.



Formulario oficial de registro para la BIBLIOTECA DE LA IMAGENACIÓN de Dolly Parton
 Declaración de privacidad: Esta información no se utilizará para ningún propósito que no sea la Biblioteca de la Imagenación.
 POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

Nombre y apellido del 1er niño en edad preescolar _____

Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ Sexo: H M No. de teléfono: _____

Nombre y apellido del 2do niño en edad preescolar _____

Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ Sexo: H M No. de teléfono: _____

Nombre y apellido de uno de los padres/del tutor _____

Dirección del niño _____

DIRECCION _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN postal _____ (si es distinta) _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Correo electrónico _____

"Este niño es residente del condado de Rowan." _____

FORMA DE USO DE LOS PADRES/DEL TUTOR _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA: Fecha de recepción: _____ Código de grupo o: _____

Cortar aquí

¡Registre a su niño hoy mismo!

Simplemente llene el formulario que se encuentra más arriba y envíelo a:

Smart Start Rowan, Inc.
 1329 Jake Alexander Blvd. S.
 Salisbury, NC 28146
 (704) 630-9085

