



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
Child and Family Services Division/Behavior Intervention Services
2100 Washington Boulevard, 3rd Floor, Arlington, VA 22204
TEL 703.228.1539 FAX 703.228.1171 www.arlingtonva.us

Aplicación para el Programa BIS

Por favor retorne ésta forma a la dirección mencionada arriba.

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre de los padres/guardian(es): _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Teléfono del Trabajo _____

Número del celular: _____ Correo electrónico _____

Nombre y edad de hermanos (as) y de más personas viviendo con el niño:

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Escuela o colegio al que asiste actualmente: _____

Nombre del maestro(a): _____

Idiomas que se hablan en la casa: _____

Prefiere tener un interprete para su consulta? _____

Veces que usted puede reunirse con el personal de BIS. Por favor marque sus preferencias, usando 1 para primera, 2 para segundo, y tres para tercera. Por favor recuerde que el personal de BIS se reúne con los cuidadores, no los niños. Las noches son menos disponibles.

- Mañanas Tardes Noches

Comportamientos preocupantes: _____

¿Aproximadamente cuando empezó el problema? _____

¿Ha buscado ayuda para solucionar éste problema? _____

¿Con quién buscó ayuda? _____

¿Esta recibiendo servicios de otra agencia actualmente? _____

¿Quién está disponible para reunirse y trabajar con el personal de BIS? _____

¿En que ambiente ocurre este comportamiento? (marque)

_____ Hogar _____ Colegio _____ Otro _____

¿Por medio de quién o como se entero de el programa de BIS? _____
