



Mid-Bronx CCRP Early Childhood Center Inc.
1125 Grand Concourse
Bronx, New York 10452
Tel: 718-590-7014 Fax: 718-590-7059
Midbronxccrp.org

Mid-Bronx CCRP Childcare #1 PIR Help Questions

Child's Name _____

Child's Class _____

Parent Name _____

Child's D.O.E _____

1. What is your primary language? _____
2. Were you born in the United States? Yes__ No__
3. If #2 was no, how many years has your family lived in USA? _____
4. What is your race/ethnicity Hispanic__ Black/African American__ Asian__ White__
Other__
5. Which country is your family from? _____
6. How many people live in the household? _____
7. Number of parents living in household 1__ 2__
8. Does your child have Medicaid? Yes__ No__
9. Does everyone in the family have health insurance? Yes__ No__
10. Who does not have health insurance? _____ Relationship to
child _____
11. Do you receive any of the following? SNAP____ CA____ SSI____ WIC____
12. Do you work? Yes__ No__ What is your occupation? _____
13. Does your partner work? Yes__ No__ What is their occupation? _____
14. Has your child ever been evaluated for speech, occupational or physical therapy? Yes__ No__
If so what? _____
15. What is the mother's educational background? _____
16. What is the father's educational background? _____
17. Are you comfortable where you live? Yes__ No__
18. Would you be interested in attending GED or ESL classes? Yes__ No__



Mid-Bronx CCRP Early Childhood Center Inc.
1125 Grand Concourse
Bronx, New York 10452
Tel: 718-590-7014 Fax: 718-590-7059
Midbronxccrp.org

Preguntas de ayuda del PIR de cuidado infantil #1 de Mid-Bronx CCRP

Nombre del niño _____ Clase del niño: _____

Nombre del padre: _____ D.O.E del niño: _____

1. ¿Cuál es su idioma principal? _____
2. ¿Nació en los Estados Unidos? Sí__ No__
3. Si la respuesta a la pregunta #2 fue no, ¿cuántos años ha vivido su familia en los EE. UU.?

4. ¿Cuál es su raza/etnicidad? Hispano__ Negro/Afroamericano__ Asiático__ Blanco__ Otro__
5. ¿De qué país es su familia? _____
6. ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____
7. Número de padres viviendo en el hogar 1__ 2__
8. ¿Su hijo tiene Medicaid? Sí__ No__
9. ¿Todos en la familia tienen seguro de salud? Sí__ No__
10. ¿Quién no tiene seguro de salud? _____ Relación con el
niño _____
11. ¿Recibe alguno de los siguientes? SNAP _____ CA _____ SSI _____ WIC _____
12. ¿Trabaja? Sí__ No__ ¿Cuál es su ocupación? _____
13. ¿Trabaja su pareja? Sí__ No__ ¿Cuál es su ocupación? _____
14. ¿Alguna vez se ha evaluado a su hijo para terapia del habla, ocupacional o física? Sí__ No__ Si es
así, ¿cuál? _____
15. ¿Cuál es la formación educativa de la madre? _____
16. ¿Cuál es la formación educativa del padre? _____
17. ¿Se siente cómodo donde vive? Sí__ No__
18. ¿Le interesaría asistir a clases de GED o ESL? Sí__ No__