

## LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE RED EDUCACIONAL DE CUIDADO INFANTIL EN HOGAR/EARLY HEAD START

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiado, usted debe traer **copias** de los siguientes documentos a su cita de certificación:

**VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD**– Documentación debe ser proporcionada para al menos 1 o más de estas categorías

- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Auto Declaración de Sin Hogar
- Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport for Services)
- Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- Verificación del Ingreso
  - Formas W-2, 1040 y sus Impuestos
  - Documentación de Ingresos de todos recursos
    - Ingreso Predecible: Ingresos brutos para el mes anterior
    - Ingreso Impredecible: Ingresos brutos para los 3 a 12 meses anteriores
    - Si el empleo es de temporada, agrícola, incluye los bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingreso

**VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO FAMILIAR**– Al menos 1 de los siguientes documentos debe proporcionarse para TODOS los niños en la familia:

- Certificado de nacimiento
- Passport for Services del departamento de bienestar del condado
- Documentos de adopción
- Ordenes de la Corte en relación con la custodia o tutela

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**– Prueba de residencia en el Estado de California

- Cualquier tipo de evidencia de su dirección o correos de caja postal con fecha de los últimos 30 días

**NECESIDAD** – Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. Documentación para establecer necesidad es el siguiente:

- Verificación de Empleo
- Declaración del Auto Empleo y Documentación de Apoyo
- Verificación de Entrenamiento y Horario de clases
- Verificación del Programa Educativo
- Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- Declaración de Incapacidad
- Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Carta de Referencia de Personas Sin Hogar

**OTRA DOCUMENTACION** – También se requieren los siguientes documentos:

- Tarjeta de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Registro de vacunas para cada niño que se inscribe
- Forma de Información Familiar
- Petición & Remisión de las Necesidades Familiares
- Forma de Información del Proveedor
- Colaboración de Head Start y Leaps & Bounds
- Si aplica, las órdenes de la corte si afectan las horas y días de cuidado de niños
- Si aplica, Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP)

NOTA: Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo

SI TIENE PREGUNTAS, PRO FAVOR HABLE CON SU ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR AL (209) 238-6300

## INGRESO

**Recordatorio:** Debe presentar los ingresos completos, actuales y consecutivos en bruto de los pasados 120 días para cada adulto/niño contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso de cualquier individuo fluctúa debido a las comisiones, bonificaciones o el trabajo es de temporada, debe presentar los últimos doce meses de los ingresos brutos. (Ejemplo: Un resumen de nómina para los meses de julio 2016 a junio 2017).

<p style="text-align: center;"><b>Ingreso Contable</b></p> <p>Ingreso contable son los ingresos de individuos contados en el tamaño familiar que serán incluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad determinante de ingresos y tarifas familiares.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ingreso No-Contable</b></p> <p>Ingresos no-contables es el ingreso de individuos contados en el tamaño familiar que será excluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad de acuerdo al ingreso y tarifas familiares.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los sueldos brutos, el salario, los avances, las comisiones, horas extras, propinas, bonos, o ganancias de lotería</li> <li>2. Sueldos para trabajo migrante de agricultura o trabajo temporal</li> <li>3. Asistencia monetaria pública (CalWORKs o TANF)</li> <li>4. Ingreso bruto de auto-empleo menos los gastos del negocio excluyendo retiro de sueldos</li> <li>5. Compensación por Incapacidad o desempleo</li> <li>6. Compensación para trabajadores</li> <li>7. Pagos para el Cuidado Tutelar, pagos o ración para ropa para los niños situados por los servicios sociales de bienestar de niños)</li> <li>8. Pagos de Manutención de ex esposo(a) y/o de hijos del cónyuge anterior o padre ausente, o documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc...</li> <li>9. Pensión del sobreviviente (SSA) y beneficios de jubilación</li> <li>10. Renta de un cuarto dentro de la residencia de la familia</li> <li>11. Dividendos, interés de bonos, ingreso de propiedades o consorcio, neto del ingreso de rentas o comisión.</li> <li>12. Ayuda financiera recibida por el cuidado de un niño viviendo con un adulto que no sea el padre/madre biológica o adoptivo del niño</li> <li>13. Pensión de veteranos</li> <li>14. Anualidades o Pensiones</li> <li>15. Herencia</li> <li>16. Concesión para viviendas o automóviles proveídas como parte de la compensación</li> <li>17. Porción de ayudas para estudiantes o becas que no sea identificada para propósito educativos como pagos de clases, libros, o materiales para educación</li> <li>18. Pagos de seguros o arreglos monetarios con la corte por el sueldo perdido o compensación punitiva</li> <li>19. Ganancia neta de una venta de una propiedad real, inversiones financieras o herencias</li> <li>20. Otros ingresos o ganancias de empresa con fines de lucro</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ganancias de niños menores de 18 años</li> <li>2. Prestamos</li> <li>3. Subsidios ó becas a estudiantes para propósitos educativos cualquier otra cantidad que cualquier porción utilizada para costos de vivienda</li> <li>4. Estampillas de comida u otra asistencia para alimentos</li> <li>5. Crédito de impuestos para ingreso Ganado o reembolso de impuestos</li> <li>6. Pagos por Los derechos de la Ley GI, la dificultad o el trabajo peligroso, el fuego hostil o la paga por peligro inmediato</li> <li>7. Los pagos de la ayuda de adopción recibida con arreglo a la sección 16115 et seq. del "Welfare and Instructions Code"</li> <li>8. Asistencia o regalos no en efectivo</li> <li>9. Seguros o arreglos de la corte para el dolor y sufrimiento</li> <li>10. Reembolsos para los gastos de trabajo necesarios que incluyen uniformes, millaje, o por gastos para alimentos y alojamiento</li> <li>11. Gastos para miembros de la familia que trabaja por su propia cuenta</li> <li>12. Asistencia no monetaria</li> <li>13. Todos los ingresos de cualquier individuo contable en el tamaño familiar que reúne los beneficios suplementarios federales de ingresos de seguridad (SSI) ó el programa de beneficios suplementarios del estado (SSP) no será incluido como ingresos para determinar elegibilidad y tarifas familiares</li> <li>14. Las becas o pagos otorgados para el auxilio a las víctimas de desastre menos cualquier porción para la ayuda de alquiler o desempleo</li> <li>15. Cuando no hay valor monetario al empleado, la porción de seguro médico y/o seguro dental documentado como pagado por el empleador</li> <li>16. Pagos de Manutención de ex esposo(a) y/o de hijos pagados a un cónyuge anterior ó padre ausente, ó documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc...</li> <li>17. Ingresos de estímulo de Gobierno federal</li> </ol>

**CHILD & FAMILY SERVICES  
EMERGENCY CARD**

**MEDIC ALERT Health Concern**  Yes  No  
(Asthma, Allergies, Medications, Health Problems: List \_\_\_\_\_ )

Is there a court order regarding custody of the child?  Yes  No

Child's Name \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (MI) (DOB)

Mailing Address \_\_\_\_\_  
(Street Address)

(City) (State) (Zip)

Physical Address \_\_\_\_\_  
(Street Address)

(City) (State) (Zip)

Mother/  
Guardian (Last) (First) (DOB)

Father/  
Guardian (Last) (First) (DOB)

Child's Doctor/Hospital to be called in case of emergency \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

MediCal - Healthy Families - None - Private (name) \_\_\_\_\_ (circle one)

Child's Insurance # \_\_\_\_\_

**Permission for Medical Treatment:** As the child's parent or legal guardian, I understand that in the case of my child's medical emergency, the center will call 911 and then notify me. I consent to my child's being transported to a physician or licensed medical facility. I give permission for diagnosis, treatment, and/or care which in the best judgement of the physician or dentist, may be required. This permission is valid for this school year as long as the child remains in the Head Start/State program.

**Consentimiento para Tratamiento Médico:** Como el padre/la madre o tutor legal del niño/a, entiendo que en caso de una emergencia médica, el personal del centro primero llamará al 911 y despues me notificara. Doy consentimiento que se transporte mi niño/a a un consultorio médico para diagnosis, tratamiento, y/o cuidado cual sea necesario según el juicio del médico o odontólogo. Éste consentimiento será válido durante el año escolar en curso o mientras el niño/a continúe en el Programa Head Start/State.

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

**Emergency Contacts:** If parents are not available, the following persons are authorized to take child(ren) from the facility, or be called in case of emergency. The child(ren) will NOT be able to leave with ANY OTHER PERSON without written authorization from the parent/guardian.

	Name	Relationship	Phone	Signature
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Updates will be added to all copies of the emergency cards

**FORMA DE INFORMACIÓN FAMILIAR**

*Imprima Legiblemente Por favor*

Padre Soltero/Guardián del Hogar:  Si  No "No" complete información debajo para el Padre/Guardián (B)

Nombre del Padre/Guardián (A): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero:  Femenino  Masculino  
Raza:  Nativo de Alaska o Indio Nativo  
 Asiático  
 Africano Americano o Negro  
 Caucásico  
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  No Latino o Hispano  
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separación Formal  Separación Informal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesidad para Servicios:  
 Buscando empleo activamente

Circule los días que buscara empleo:  
L M M J V

Empleado / Auto-Empleado  
 Escuela / Entrenamiento  
 Incapacitado  
 Sin vivienda  
 CPS / En Riesgo

Nombre del Padre/Guardián (B): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero:  Femenino  Masculino  
Raza:  Nativo de Alaska o Indio Nativo  
 Asiático  
 Africano Americano o Negro  
 Caucásico  
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  No Latino o Hispano  
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separación Formal  Separación Informal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesidad para Servicios:  
 Buscando empleo activamente

Circule los días que buscara empleo:  
L M M J V

Empleado / Auto-Empleado  
 Escuela / Entrenamiento  
 Incapacitado  
 Sin vivienda  
 CPS / En Riesgo

Otro individuo(s) en la casa que **no** serán matriculados en el programa y son contados en el tamaño de la familia:

Adjunte documentación.

Nombre	Parentesco con el Padre (s)/Guardián(es)	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**COMPLETE EL OTRO LADO**

Complete una columna por niño/por proveedor.  
(Haga copias adicionales según necesite)

**Nombre del**

**Niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Genero:**  Femenino  Masculino

**Raza:**  Indio Nativo o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Caucásico  
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Étnica:**  No Hispano or Latino  
 Hispano or Latino

**Necesidades Especiales:**  Si  No  
*Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente*

**Relación al Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Escuela :** (si aplica) \_\_\_\_\_

**Especifique Via/Tradicional:** \_\_\_\_\_

**Horas actuales en Escuela:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños:** \_\_\_\_\_

**Especifique los días y horas que su niño estará en cuidado (típicamente ½ hora antes y ½ hora después se permite para la transportación)**

**Horario Fijo:**

<b>Días-No Escuela</b> (Circule los días de cuidado)	<b>Días Escolares (si aplica)</b> (Circule los días de cuidado)
D L M M J V Sa	D L M M J V Sa
<b>Horas de Cuidado:</b>	<b>Horas de Cuidado</b>
De _____ A _____	(antes de escuela)
	De _____ A _____
	(después de escuela)
	De _____ A _____

**Horario Variable:**

<b>Días-No Escuela</b> (Circule todos los días posible de cuidado)	<b>Días Escolares (si aplica)</b> (Circule todos los días posible de cuidado)
D L M M J V Sa	D L M M J V Sa
<b>Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado.</b>	<b>Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado.</b>
_____	_____
<b>Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado.</b>	<b>Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado.</b>
_____	_____

**Nombre del**

**Niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Genero:**  Femenino  Masculino

**Raza:**  Indio Nativo o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Caucásico  
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Étnica:**  No Hispano or Latino  
 Hispano or Latino

**Necesidades Especiales:**  Si  No  
*Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente*

**Relación al Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Escuela:** (si aplica) \_\_\_\_\_

**Especifique Via/Tradicional:** \_\_\_\_\_

**Horas actuales en Escuela:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños:** \_\_\_\_\_

**Especifique los días y horas que su niño estará en cuidado (típicamente ½ hora antes y ½ hora después se permite para la transportación))**

**Horario Fijo:**

<b>Días-No Escuela</b> (Circule los días de cuidado)	<b>Días Escolares (si aplica)</b> (Circule los días de cuidado)
D L M M J V Sa	D L M W J V Sa
<b>Horas de Cuidado:</b>	<b>Horas de Cuidado:</b>
De _____ A _____	(antes de escuela)
	De _____ A _____
	(después de escuela)
	De _____ A _____

**Horario Variable:**

<b>Días-No Escuela</b> (Circule todos los días posible de cuidado)	<b>Días Escolares (si aplica)</b> (Circule todos los días posible de cuidado)
D L M M J V Sa	D L M M J V Sa
<b>Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado.</b>	<b>Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado.</b>
_____	_____
<b>Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado.</b>	<b>Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado.</b>
_____	_____

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ 2

**PETICIÓN Y REMISIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES**

Padre(s)/Guardian(es): \_\_\_\_\_

En un esfuerzo para ayudarle a cubrir sus necesidades únicas de su familia, le pedimos su cooperación en completar esta forma. Esta información permitirá al personal del programa proveerle a usted con información acerca de los recursos disponibles. Indique sus tres (3) prioridades más grandes categorizándolas en orden del 1-3 (1 siendo la prioridad más grande). Si usted no necesita referencias marque aquí  y firme abajo.

<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Utilidades	<input type="checkbox"/> Servicios Legales	<input type="checkbox"/> Oportunidades de Empleo
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> SSI / Seguro Social	<input type="checkbox"/> TANF / Ayuda Monetaria	<input type="checkbox"/> Entrenamiento Vocacional
<input type="checkbox"/> CPR – Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/> Licencia Para Manejar	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> Colegio (Especifique Tipo):
<input type="checkbox"/> Consejería Familiar	<input type="checkbox"/> Referencias de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Clases de Inglés	<input type="checkbox"/> GED / Diploma
<input type="checkbox"/> Niño's con Necesidades Especiales	<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Inmigración	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Comida y Ropa de Emergencia	<input type="checkbox"/> Derechos de Inquilino	<input type="checkbox"/> Desempleo	

Referencias		Referencias		Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

Firma del Padre

Fecha

Firma del Personal

Fecha

**FOR OFFICE PURPOSES ONLY**

**Follow-up:**

Date	Staff Initials	Notes

**FORMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN**

Escriba el Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**Solicitud (Seleccione uno):**

- Proveedor Inicial (Primera matricula por la familia/ niño)
- Cambio de proveedor del cuidado de niños  
Nombre del proveedor anterior \_\_\_\_\_ Ultima fecha de \_\_\_\_\_
- Proveedor Alternante (Nota: Debe ser aprobado 2 semanas antes y limitado a 10 días por año fiscal)  
Fechas de Servicio del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Agregar un segundo proveedor

Liste el niño(s) afectado(s) por esta petición y el día/hora que el cuidado se necesita:

Nombre del Niño	Día/Hora-Días de no-escuela	Día/Hora – Días de escuela
Juana Do	Lunes-Viernes 7:30 am -5:30pm	Lunes – Viernes 3:00pm – 5:30pm
Juan Do	Varía Dom. Sáb.; máx. 6 hrs. por día	Varia Dom.-Sáb.; máx. 3.5 hrs. por día

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR**

Escriba el Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos \_\_\_\_\_

Primer Día de Servicios para el (los) niño(s) \_\_\_\_\_ (Toda documentación es efectivo 2 semanas de la fecha en que se recibió)

**Tipo de Proveedor (Seleccione Uno):**

- Centro con Licencia
- Lugar Escolar Exento
- No licencia, Exento en el hogar del niño (Nota: Debe tener un mínimo de 3 niños en cuidado por el mismo periodo de tiempo)
- Cuidado de niños de Familia en Hogar con Licencia
- No licencia, exento afuera del hogar de niño

**Nota: Nuevos proveedores de cuidado de niños deben someter una copia de sus pólizas/contrato y tarifas. La Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) no podrá contratarlo si las pólizas/contrato y tarifas no están archivadas. Proveedores exentos deben documentar sus tarifas en una hoja de papel aparte.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### **Proceso de la Solicitud del Proveedor**

- 1) El padre/guardián selecciona un proveedor de cuidado de niños
- 2) El padre/guardián discuten las necesidades del cuidado de niños con la Especialista de Cuidado de Niños
- 3) La Especialista de Cuidado de niños provee la documentación requerida para los padres
  - a. Proveedor exento – Paquete especializado dependiendo del tipo de cuidado exento
  - b. Sitio de escuela exento o Licenciado – Solamente la Forma de Información para el Proveedor
- 4) El padre/guardián y proveedor completan y someten la documentación requerida a su Especialista de Cuidado de Niños.
- 5) La Especialista de Cuidado de niños revisa la acción solicitada
  - a. Documentación completa – Acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir toda la documentación.
  - b. Documentación incompleta – Se regresara al padre/proveedor para completar. La acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir la documentación completa.
- 6) Un acuerdo por Servicios y reclamo de asistencia es emitido al proveedor de cuidado de niños.
- 7) Los servicios del cuidado de niños pueden empezar

### **Forma de Instrucciones Para la Información del Proveedor**

#### ***Sección del Padre/Guardián:***

Nombre del Padre/Guardián – Nombre del padre/guardián del niño matriculado

Numero de teléfono – Numero de teléfono para contactar al padre/guardián

Solicitud – Solicitud específica

- Proveedor inicial – Marque esta caja si es la primera matricula para su familia o niño
- Cambio de proveedor de niño – Marque esta caja si su niño(s) esta en el proceso de cambiar proveedores de cuidado de niño. También anote su proveedor anterior y la fecha del último servicio que uso.
- Proveedor Alternante – Marque esta caja si usted esta solicitando tener un proveedor alternante para cuando su niño esta enfermo o cuando su proveedor regular esta cerrado. También, anote las fechas del servicio de cuidado de niños para el proveedor alternante.
- Agregando un Segundo proveedor – Marque esta caja para agregar un segundo proveedor porque uno de los proveedores no puede acomodar todas las necesidades de cuidado de su niño o si usted ha elegido inscribir a su niño(s) en un programa licenciado de educación temprana por medio día.

Enlistar al niño(s) afectado por la solicitud y la hora/día que necesita el cuidado- Solamente enliste los niños en su familia que serán afectados por la acción. También, anote la hora/día que necesita el cuidado de niños con el proveedor.

#### ***Sección del proveedor:***

Nombre del Proveedor – Nombre del proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Numero de Teléfono – Número de teléfono para contactar el proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Dirección del Proveedor – Dirección física y dirección postal del proveedor del cuidado de niños.

SS# o Tax ID# Impuesto – Numero del seguro social o el numero de identidad de impuestos del proveedor

Primer Día de Servicios para el Nino(s) – Anote la fecha que va empezar el primer servicio de cuidado de niños

Tipo de Proveedor – Marque la caja apropiada del tipo de proveedor que va proporcionar los servicios de cuidado de niños.



## Hoja de Información del Niño

Nombre Del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Por favor responda a las siguientes preguntas al mejor de su habilidad. El propósito de esta hoja de información es para proporcionar el apoyo necesario para usted y su niño durante su inscripción en nuestro programa.

Si usted responde "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor especificar/explicar.

**Sí No Desarrollo Social y Emocional**

¿Tiene su hijo un IFSP o IEP actual? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo servicios proveídos por un profesional de salud mental? \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo servicios proporcionados fuera del programa Head Start? \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita adaptaciones especiales mientras asista a nuestro programa? (Es decir, catéter, sonda de gastrostomía, gafas, refuerzos de pierna etc.) \_\_\_\_\_

¿Usted o su hijo han experimentado recientemente un evento traumático? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido entrenado para usar el baño? \_\_\_\_\_

**Sí No Salud y Nutrición**

¿Su hijo tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales? \_\_\_\_\_

¿Su hijo va a necesitar medicamento durante las horas del programa (por ejemplo, inhalador, Epi-pen, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Tiene otras preocupaciones médicas acerca de su hijo? \_\_\_\_\_

Por favor comparta cualquier otras preocupaciones u observaciones que tenga: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Gerencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha dada a salud/discapacidad o personal apropiado: \_\_\_\_\_

**Servicios para Niños y Familias**  
**FORMA DE CONSENTIMIENTO**

Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre  
 Local: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ M \_\_\_ F

<b>DOY CONSENTIMIENTO:</b>	<b><u>Evaluaciones/Actividades:</u></b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Que mi niño/a, _____, participe en las Evaluaciones/Actividades mencionadas a la derecha. Entiendo que el Programa Head Start requiere que cada niño/a obtenga una evaluación dental y de salud. Yo entiendo que las evaluaciones en la lista me han sido explicadas y entiendo que la evaluaciones en la lista serán conducidas en el centro/hogar de cuidado infantil familiar/eventos de socialización de padres basado en el hogar y que son sólo para proveer información. (Las evaluaciones del desarrollo y pueden incluir: el habla, lenguaje, cognición, socio-emocional, desarrollo motriz fino/físico y evaluaciones continuas.)	Evaluación Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluación de Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemoglobina No invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medidas de Estatura/Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Barniz de Fluoruro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pasta Dental con Fluoruro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Examen Dental (por un profesional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluaciones del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta con Nutriólogo/ Referencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consultante de Servicios de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DOY CONSENTIMIENTO:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Que mi niño/a participe en las excursiones que organizará el programa, siempre y cuando haya recibido información sobre el paseo, fecha, destino, hora de la salida y de regreso antes de cada excursión. Entiendo que los niños serán acompañados por educadores, personal del local, y voluntarios. También puedo yo asistir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Que el Programa Head Start tiene el derecho y permiso de copiar y publicar fotografías y vides de mi niño/a. La fotografía/video, parcial, total, o compuesta, podrá ser utilizada de acuerdo al programa, en material educativo, de publicidad, o cualquier otro uso dentro de la ley y por un tiempo no determinado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Que cuando mi niño/a se encuentre listo para dejar el programa, solicito que sus expedientes de salud/educación se trasladen a la próxima escuela de asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De permitir al personal de la agencia hacer visitas a mí casa durante el año escolar, a MI CONVENIENCIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tengo excepciones/explicaciones a puntos arriba u otras consideraciones (ejemplo: días feriados, etc.):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído lo mencionado y las respuestas son completas y verdaderas según mi conocimiento. Entiendo que si alguna información llegara a cambiar, tengo la obligación de notificar al programa inmediatamente. También entiendo que la información proveída se mantendrá confidencial.

Firma de Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Personal de Head Start \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Distribución: Blanco – Expediente del Niño    Amarillo – Expediente del Salud    Rosa – Padre

**Consent for Release of Student Records**

Stanislaus County Office of Education (SCOE) intends to contract with a company called Learning Genie. Learning Genie provides a web based application for teachers to use to collect child observations. Observations may be written notes, photos, or videos, and are used to complete ratings for child assessments. Teachers use child assessment information to develop individual and group lesson plans for children.

Effective use of Learning Genie requires that information related to your child's Head Start and/or State Program record to be shared with Learning Genie. Information includes, but is not limited to:

First Name	Last Name	Date of Birth	Center Name	Class Name
Gender	Enrollment Date	Withdrawn Date	Student Identifier	Ethnicity
Race	Primary Language	English Language Learner	IEP/IFSP	Adaptations
Assessment Ratings	Notes			

Under California Law, this information may be considered a "pupil record" and cannot be released to any person without prior written consent from the child's parent.

Signing this consent form gives SCOE permission to allow Learning Genie to access your child's "pupil record".

Pursuant to Education Code section 49075, I hereby give consent to permit access to my child's pupil records maintained by SCOE to the Learning Genie, including its employees, agents, subsidiaries, sub consultants and affiliates. The consent notice shall be permanently kept with my child's record file and shall only be used for the purposes stated herein.

Name of Student: \_\_\_\_\_  
 Head Start Center/ \_\_\_\_\_  
 Family Child Care Home: \_\_\_\_\_  
 Classroom: \_\_\_\_\_

I hereby certify that I am a parent<sup>1</sup> of the above-named student of SCOE, with legal authority to execute this consent and release.

Dated: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
 Printed Name: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pursuant to Education Code section 49061, concerning rights related to Pupil Records, "Parent" means a natural parent, an adopted parent, or a legal guardian. If the parents are divorced or are legally separated, only a parent having legal custody of the pupil may consent to release pupil records to other persons pursuant to Section 49075. Either parent may grant consent if both parents have notified the school district or county office of education in writing that such an agreement has been made.

**PHYSICAL SCREENING FOR CHILDREN**

Child's Name \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Last First  
 Parent Name \_\_\_\_\_ Childcare Center/FCCH \_\_\_\_\_  
 Last First

PHYSICAL ASSESSMENT/ Well Baby Check				
<input type="checkbox"/> 2 month <input type="checkbox"/> 4 month <input type="checkbox"/> 6 month <input type="checkbox"/> 9 month <input type="checkbox"/> 12 month <input type="checkbox"/> 15 month <input type="checkbox"/> 18 month <input type="checkbox"/> 24 month <input type="checkbox"/> 30 month <input type="checkbox"/> 3 year <input type="checkbox"/> 4 year <input type="checkbox"/> 5 year				
	No Problem	Problem Suspected	Result If Required	Comments
History and Physical Exam				
Nutritional Assessment				
Developmental Assessment				
Dental Assessment				
Hearing Screening <i>or</i> Assessment			Right Ear: Pass/Fail Left Ear: Pass/Fail	
Vision Screening <i>or</i> Assessment			Right Eye: R-20/ Left Eye: R-20/	
Anemia Risk Assessment <i>or</i> HGB/HCT Result				
Blood Pressure Risk Assessment <i>or</i> BP Result				
Lead Risk Assessment <i>or</i> Lead Test Result				

**Tuberculosis Requirement**

TB Risk Assessment  at risk  not at risk *OR*  
 TB Test Date Given \_\_\_\_\_ Read \_\_\_\_\_ Result \_\_\_\_\_

**Fluoride Preventative**

Fluoride Varnish Applied:  
 Yes Date: \_\_\_\_\_  
 No

Fluoride Prescribed:  
 Yes  
 No

**Height and Weight**

Head Circumference: \_\_\_\_\_  
 Height: \_\_\_\_\_  
 Weight: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY**

DTP \_\_\_\_\_ HepB \_\_\_\_\_  
 IPV \_\_\_\_\_ HepA \_\_\_\_\_  
 MMR \_\_\_\_\_ HIB \_\_\_\_\_  
 Varicella \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**MEDICAL EVALUATION: Comments/ Referrals:**

- Are there any **physical or emotional conditions** (orthopedic, cardiac, eye, ear, etc.) which may affect participation in school activities?  
 Yes  No **Explain:** \_\_\_\_\_
- Is the child subject to any condition that may result in a classroom emergency** (e.g., epilepsy, seizures, fainting spells, diabetes, heart condition, allergic reactions (bee stings, etc.)?  Yes  No  
**Explain:** \_\_\_\_\_
- Is this child under your regular care?  Yes  No **Date of examination:** \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Clinic Name Clinic Phone Number

**Form For: Trisha Beal**

# ¿Cómo es un ambiente de sueño seguro?

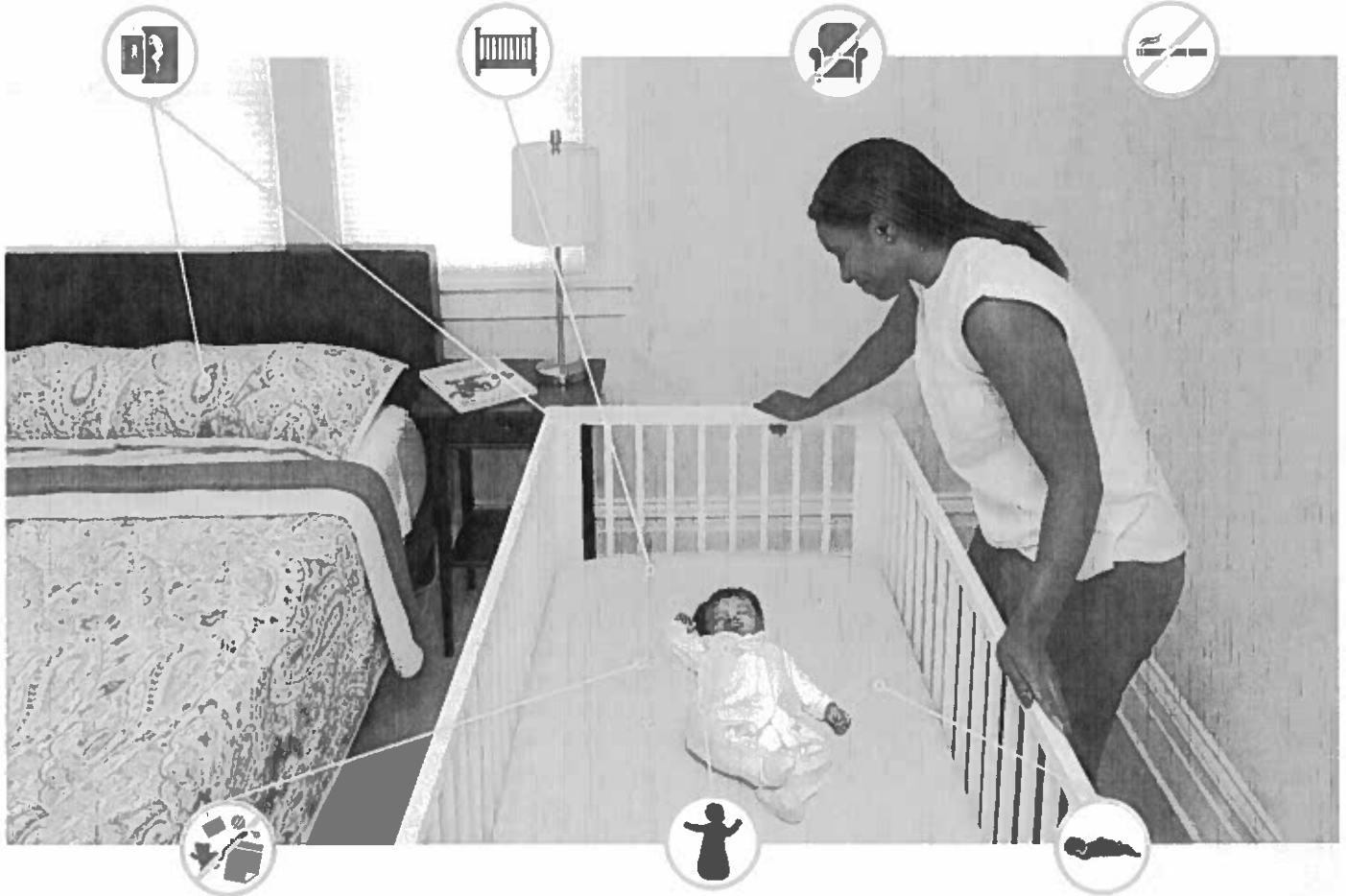
La siguiente imagen muestra un ambiente de sueño seguro para el bebé.

El lugar donde duerme el bebé está en la misma habitación, al lado de donde duermen los padres.

Use una superficie firme y plana para dormir, como un colchón en una cuna que cumpla con las normas de seguridad\*, cubierta con una sábana ajustable.

El bebé no debe dormir en una cama para adultos, en un sillón, o en una silla solo, con usted o con cualquier otra persona.

No fume ni permita que otras personas fumen alrededor de su bebé.



No coloque almohadas, cobijas o edredones, pieles de borrego, o protectores de cuna en ninguna parte del lugar de dormir de su bebé.

Mantenga objetos acolchonados, juguetes y ropa de cama suelta lejos del lugar donde duerme su bebé. Asegúrese de que nada cubra la cabeza del bebé.

Vista a su bebé con ropa de dormir, como un saco de dormir. No use cobijas sueltas, y no lo abrigue demasiado.

Siempre coloque a su bebé boca arriba para dormir, durante las siestas y por la noche.



Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development



\* Se recomienda una cuna, un moisés, una cuna portátil o un corralito que cumplan con las normas de seguridad de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre la seguridad de la cuna, póngase en contacto con la CPSC al 1-800-638-2772 (en español o inglés) o ingrese a [www.SeguridadConsumidor.gov](http://www.SeguridadConsumidor.gov) o [www.cpsc.gov](http://www.cpsc.gov).

# Sueño Seguro Para Su Bebé

Reduzca el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé y de muerte por otras causas relacionadas con el sueño.



Siempre coloque al bebé boca arriba para dormir, durante las siestas y por la noche, para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé.



Al poner a su bebé a dormir, use una superficie firme y plana, como un colchón en una cuna que cumpla con las normas de seguridad\*, cubierta con una sábana ajustable. No incluya ningún otro tipo de ropa de cama ni objetos acolchonados en el lugar de dormir.



Comparta su habitación con el bebé. Mantenga al bebé en su habitación cerca de su cama, pero en un lugar donde duerma solo y que esté diseñado para bebés, idealmente durante el primer año del bebé, pero al menos durante los primeros 6 meses.



No ponga objetos acolchonados, juguetes, protectores para cunas ni cobijas o cobertores de cama sueltos o debajo del bebé, sobre el bebé o en cualquier lugar donde duerme el bebé.

Para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé, las mujeres deben hacer lo siguiente:



Recibir atención prenatal regular durante el embarazo.



No fumar, beber alcohol ni consumir marihuana u otras drogas ilegales durante el embarazo y después del nacimiento del bebé.



No fume durante el embarazo, y no fume ni permita que se fume cerca de su bebé ni en el lugar donde él duerme.



Considere darle a su bebé un chupón para las siestas y el sueño nocturno para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé.



No deje que su bebé se caliente demasiado mientras duerme.



Siga la orientación de su proveedor de servicios de salud sobre las vacunas de su bebé y los chequeos médicos regulares.



**Amamante a su bebé para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé.**

Darle pecho a su bebé tiene muchos beneficios para la salud de la madre y del bebé. Si se queda dormido mientras alimenta o calma al bebé sobre una cama para adultos, regréselo al lugar designado para él tan pronto como usted se despierte.



No use productos que van en contra de las recomendaciones para que su bebé duerma seguro, especialmente aquellos que dicen que previenen o reducen el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé.



No use monitores de corazón ni de respiración para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del bebé.



Ponga a su bebé boca abajo cuando esté despierto, asegurándose de que alguien lo vigile en todo momento.

Para más información sobre la campaña Seguro al Dormir\*, comuníquese con nosotros:

**Dirección postal:** 31 Center Drive, 31/2A32, Bethesda, MD 20892-2425

**Teléfono:** 1-800-505-CRIB (2742)

**Correo electrónico:** [SafetoSleep@mail.nih.gov](mailto:SafetoSleep@mail.nih.gov)

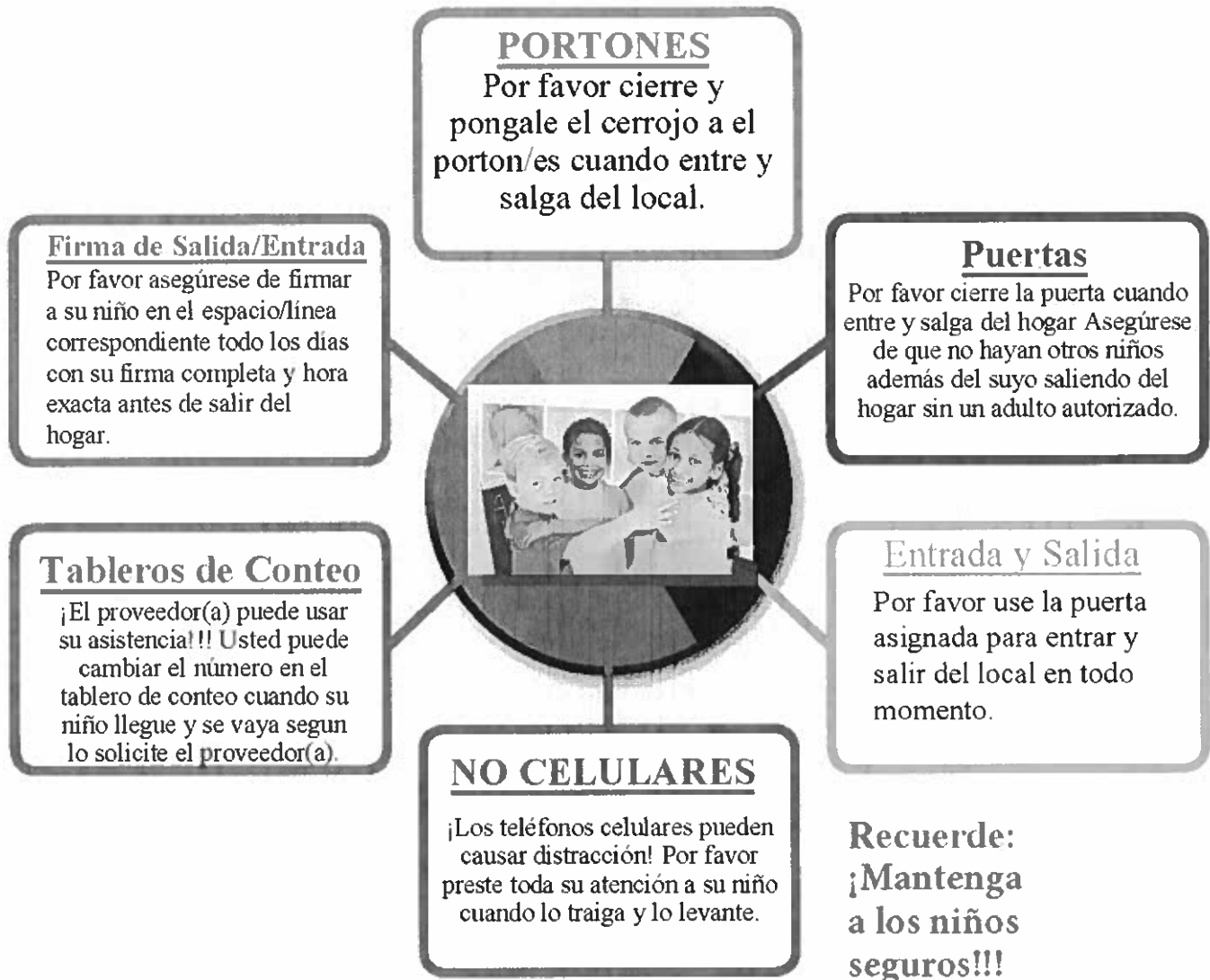
**Fax:** 1-866-760-5947

**Web:** [www.nichd.nih.gov/BebeDormir](http://www.nichd.nih.gov/BebeDormir)

\* Se recomienda una cuna, un moisés, una cuna portátil o un corralito que cumplan con las normas de seguridad de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre la seguridad de la cuna, póngase en contacto con la CPSC al 1-800-638-2772 (en español o inglés) o ingrese a [www.SeguridadConsumidor.gov](http://www.SeguridadConsumidor.gov) o [www.cpsc.gov](http://www.cpsc.gov).

# MANTENIENDO A LOS NIÑOS SEGUROS EN LOS HOGARES DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

HOJA DE CONSEJOS PARA LOS PADRES



*¡La supervisión, seguridad y la prevención de lastimaduras de los niños es la responsabilidad de todos!*



## ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA FCCHEN/EHS CCPS

Nombre de Familia: \_\_\_\_\_ Nombre de Niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PROCESO DE ORIENTACION EN LÍNEA

#### PASO 1: VER VÍDEO DE ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA FAMILY CHILD CARE HOME EDUCATION NETWORK

Visite: <https://www.findchildcarestanislaus.org>

Seleccionar: SCOE CFS Enrollment

Seleccionar: Orientación del Programa e Inscripción en Curso

Contraseña del Sitio Web: CFS

Seleccionar: Family Child Care Home Education network (Naranja)



#### VIDEOS DE ORIENTACIÓN AL PROGRAMA

Hay 3 videos de orientación al programa. Seleccione el video que desea ver.



Nota: Para mostrar subtítulos en el video, presione CC y seleccione subtítulos en español

Registre Preguntas (Un personal del programa le hablara para contestar sus preguntas):

#### PASO 2: COMPLETÉ COMPROBACIÓN DE CONOCIMIENTO

- 1) La supervisión de niños es la responsabilidad de todos. Cierto o Falso
- 2) Cuando llegando y saliendo del casa de proveedora, yo \_\_\_\_\_ la reja, \_\_\_\_\_ la puerta, y guardare me teléfono celular.
- 3) El adulto autorizado es requerido a firmar la entrada y salida del cuidado de mi hijo diario utilizando su firma legal completa. Cierto o Falso
- 4) No hay ningún requisito para informar de los cambios a la elegibilidad y necesidad de su familia a menos que su base para la elegibilidad es el ingreso elegible y su ingreso familiar excede el 85% de la mediana del estado dentro de su periodo de certificación de 12 meses. Cierto o falso
- 5) Medicamento puede ser administrado siempre y cuando el medico de mi hijo complete y entregue una forma de autorización primero. Cierto o Falso
- 6) Los padres pueden solicitar un cambio en servicio voluntariamente con enviando \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.
- 7) Si mi hijo tiene una ausencia imprevista, yo soy requerido a llamar a la proveedora una hora de la hora aprobada de cuidado. Cierto o Falso.
- 8) ¿Si usted no está de acuerdo con una acción tal como ser terminado del programa, que debe hacer? \_\_\_\_\_



**SELECCIÓN DE PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS  
CUIDADO INFANTIL GENERAL RED EDUCATIVA DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR EN  
HOGARES/COLABORACIÓN CON EARLY HEAD START**

Si su familia fue aprobada para servicios en el programa de Cuidado Infantil General Red Educativa de Cuidado Infantil Familiar en Hogares/Colaboración con Early Head Start (FCCHEN/EHS CCP), nosotros daremos reembolso para los servicios de cuidado de niño/s. Favor de elegir el proveedor siguiendo los pasos siguientes: **Nota:** El reembolso del Proveedor no entra en vigor hasta que la familia ha sido aprobada para servicios y el Certificado para Cuidado de Niños ha sido otorgado.

**PASO 1: Entreviste, Visite y Seleccione a Proveedor de la lista siguiente de FCCHEN/EHS CCP:**

Ana Estrada	Newman	(209) 595-8504			
Evelia Ruiz (Español)	Patterson	(209) 892-6546	Alis Odesho	Turlock	(209)669-0417 (209)968-9581
Maria E Santana (Español)	Patterson	(209) 892-7941	Gloria Solorio	Turlock	(209)277-0328
Maria E Garcia	Patterson	(209) 892-8588	Linda Doman- Adeh	Turlock	(209)620-8599
Gloria Diaz	Patterson	(209) 226-8394			

**PASO 2: Pida al Proveedor que usted elija que complete la forma de Información de Proveedor**

**PASO 3: Regrese la Forma con su paquete de Pre-inscripción para la Familia**