



EARLY CHILDHOOD EDUCATION/PRESCHOOL PROGRAM

411 N. Tajauta Avenue, Compton, CA 90220
310-898-6008

Enrolling ages 3 & 4/ de 3 y 4 años de edad

Please bring the originals and make copies of each document

Favor de traer las originales y una copia de cada document

PRESCHOOL ENROLLMENT REQUIREMENTS REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN PREESCOLAR

Documentation Needed for Enrollment

- * Birth records for **all children** in the home 17 years -old and under
- * Current Physical Exam and Immunization Record
- * Source of Income Verification
 - a. Public Assistance—Notice of Action
 - b. Social Security/SSI/SSP
 - c. Unemployment Letter
 - d. One months' worth of current check stubs
 - e. Self-certification of Income
 - f. Verification of Employment
 - g. Spousal and/or child support
 - h. Disability and/or Workers' Compensation
 - i. School Loans and/or Grants
 - j. Any other source of income
- * Residency Verification for **both parents**
 - a. Current light, gas, water or phone bill
 - b. California DL or ID
 - c. Affidavit of Residence
 - d. Rental Agreement

Documentos Necesarios para Inscripción

- * Acta de Nacimiento de **todos los niños** en casa menores de 18 años
- * Examen físico actual y registro de vacunas
- * Verificación de ingresos
 - a. Notificación de acción
 - b. Seguro Social/SSI/SSP
 - c. Desempleo
 - d. Talones de cheques vigentes para un mes
 - e. Autocertificación de ingresos
 - f. Verificación de empleo
 - g. Manutención conyugal o manutención de hijos
 - h. Compensación de incapacitado de trabajo
 - i. Prestamos y/o becas
 - j. Cual quier otro tipo de ingresos
- * Verificación de domicilio para **todos los padres**
 - a. Factura actual de luz, gas, agua o teléfono
 - b. DL o identificación de California
 - c. Declaración jurada de residencia
 - d. Contrato de arrendamiento
 - e. Matricula Consular



INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE		TELÉFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE		TELÉFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PAGARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

HISTORIAL DE SALUD DE PRE-ADMISION-REPORTE DEL PADRE/MADRE

Nombre del estudiante:		Sexo	Fecha de nacimiento	
Nombre del padre:		¿Vive el padre en el hogar con el niño/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la madre:		¿Vive la madre en el hogar con el niño/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Esta/ha estado el niño/a bajo supervision de un doctor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha del ultimo examen fisico:		
Edad de la madre al dar a luz:	Salud prenatal:	Duración del embarazo:	Este niño/a es su	
			1 ^{ro}	2 ^{do}
			3 ^{ro}	Otro
¿Tuvo su niño/a problemas respiratorios, convulsiones, transfusiones de sangre, demormidades, u oxígeno al momento de nacer?				
Camino a los _____ Meses		Hablo a los _____ Meses		Entrenamiento del excusado a los _____ Meses

HISTORIAL DE DESAROLLO -- Anote todas las personas en su hogar.

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

ENFERMEDADES -Marque las enfermedades que el niño/a haya tenido y especifique las fechas:

FECHA	FECHA	¿Existe en el historia familiar algunos de los siguientes problemas?												
<input type="checkbox"/> Sarampion	<input type="checkbox"/> Toz seca	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOMBRE</th> <th style="width: 50%;">NOMBRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	NOMBRE										
NOMBRE	NOMBRE													
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Paperas													
<input type="checkbox"/> Febre reumatica	<input type="checkbox"/> Poliomiellits													
<input type="checkbox"/> Febre de heno	<input type="checkbox"/> Sarampion (Rubeola)													
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sarampion Aleman (Rubella)													
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón													

¿Ha tenido su niño/a alguna cirugia? Si No ¿Que tipo?

Especifique cualquier otra enfermedad o accidentes serios:

¿Tiene su niño/a resfriados frecuentes? Si No ¿Cuantos tuvo el año pasado? Mencione alergias:

RUTINA DIARIA

¿Ha que hora se levanta su niño/a? * ¿A que hora se duerme su niño/a? * ¿Duerme bien? *

¿Duerme su niño/a durante el dia? * Si No ¿Cuando? * ¿Por cuanto tiempo? *

PATRON DE DIETA:

Por favor de un ejemplo de lo que su niño/a come en cada comida.

¿Que come su niño/a en las siguientes comidas?	Cuales son las horas usuales de comida?
Desayuno	
Almuerzo	
Cena	

¿Alimentos que no le gusten? ¿Problemas alimenticios?

¿Esta entrenado para usar el excusado sin ayuda?* Si No ¿Usa el sanitario regularmente?* Si No ¿La hora usual de uso?*

¿Que palabra usa para referirse al uso del sanitario? * ¿Que palabra usa para referirse a la orina? *

Describe la salud de su niño/a: Describe la personalidad de su niño/a:

¿Esta el niño/a bajo cuidado medico? Si No Si lo esta, el nombre del doctor:

¿Usa el niño/a algun dispositivo especial? Si No Si los usa, que tipo: ¿Esta tomando medicamento recetado? Si No Si los esta, tiene efectos secundarios?

¿Que responsabilidades tiene su niño/a en casa?

¿Como las desempeña? Bien Pobremente Necesita Recordatorios Se reusa

¿Como se conlleva el niño/a con sus hermanos, hermanas, padres, u otros niños?

¿Como disciplina a su niño/a? ¿Quien disciplina al niño/a?

¿A experimentado su niño/a el jugar en grupo? ¿Tiene su niño/a algun problema/necesidad/temor especial?

Razon por la que esta aplicando para guarderia o pre-escuela?

Firma del Padre/Guardian

Fecha

**PHYSICAL DEVELOPMENT/CASE HISTORY
DESSARROYO FISICO/HISTORIA DE CASO**

TEACHER/INSTRUCTORA: _____ ROOM/SALON# _____ DATE/FECHA: _____

CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NINO: _____ BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO _____

NAME AND BIRTHDATE OF BROTHERS AND SISTERS/NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE HERMANOS Y HERMANAS:

CHILD PHYSICAL DEVELOPMENT/DESARROYO FISICO DE NINO

WAS THERE ANY INJURY OR DISEASES DURING PREGNANCY? DESCRIBE./ACCIDENTES O ENFERMEDADES DURANTE EL EMBAROZA? DESCRIBA

	YES/SI	NO
WAS CHILD'S BIRTH NORMAL?/NACIMIENTO FUE NORMAL?		
WAS THERE PROLONGED LABOR?/NACIMIENTO PROLONGADO?		
WAS CHILD BORN PREMATURELY?/NACIO PREMATURO/A?		

NATURE OF DELIVERY/MODA DE NACER? _____

CHILD'S BIRTH WEIGHT/PESO AL NACER? _____

WHAT AGE DID CHILD ROLL OVER WHILE LYING IN A CRIB/A QUE EDAD RODO SOLO/SOLA EN SU CUNA SU NINO/A? _____

CRAWLED/GATO _____ WALKED/ANDUVO _____ TALKED/HABLO _____

ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?/SON LOS MOVIMIENTOS INTESTINALES REGULARES? _____ YES/SI _____ NO _____

WORD USED FOR BOWEL MOVEMENT/QUE PALABRA USA CUANDO QUIERE USAR EL BANO? _____

LIST ANY EXAMINATION THAT YOUR CHILD HAS HAD:/LISTE LAS EXAMINACIONES QUE SU NINO HAYA TENIDO:

	DATE	PHYSICIAN	TELEPHONE
PHYSICAL/ULTIMO EXAMEN FISICO			
VISION/VISION			
HEARING/SENTIDO DE OIR			
OTHER/OTRO			

GENERAL HEALTH OF CHILD/SALUD EN GENERAL DE EL/LA NINO/A: _____

WHAT ILLNESSES, OPERATIONS OR INJURIES HAS YOUR CHILD HAD AND AT WHAT AGE?/QUE ENFERMEDADES, OPERACIONES, GOLPES A CENIDO LA NINO/NINA A QUE EDAD Y POR CUANTO TIEMPO? _____

ANY PHYSICAL ABNORMALITIES? (IF SO, EXPLAIN)/ALGUNA ABNORMALIDAD FISICAL (SI ES ASI, EXPLIQUE).

CUSD/Centro de Desarrollo Infantil

Acuerdo de Admisión

El padre/tutor de _____ (nombre de niño) acepta y concuerda en seguir las polizas de los Centros de Desarrollo Infantil descritos en seguida:

1. Un adulto, mayor de 18 años, autorizado en la lista de emergencia debe firmar la entrada y salida de los niños. Se requerirá identificación apropiada.
2. Debe haber un mínimo de tres (3) adultos que puedan localizarse durante horas de operación del centro.
3. Las ausencias excusadas serán por enfermedad, citas médicas, citas de corte, y emergencia de familia. Ausencias por más de 5 días por enfermedad requieren una nota del doctor para regresar a clase. Se que los padres/tutores justifiquen la razón por ausencias. Niños enviados a la casa por fiebre no serán admitidos hasta 24 horas después de que le pase la fiebre.
4. Se espera que los estudiantes sigan las reglas de comportamiento establecidos por el distrito escolar de Compton. Conducta que cause disturbio en la operación eficiente del programa y no puede ser razonablemente controlada por el personal, resultará en terminación de los servicios a la familia.
5. Las familias serán re-certificadas por lo menos una vez cada 12 meses. Sin embargo, una re-certificación se efectuará con cualquier cambio en la condición familiar, o cuando sea necesario.
6. Dependiendo de sus horas de contrato, los niños en guardería general pueden recibir desayuno o almuerzo.
7. Por regulaciones federales, las declaraciones falsas en la aplicación, con el intento de cometer fraude, resultarán en terminación inmediata y responsabilidad de pago por daños y perjuicios.
8. Las siguientes son razones de terminación de servicios para Guardería general.
 - ◆ Cinco (5) recogidas tarde.
 - ◆ Tres (3) ausencias consecutivas no excusadas.
 - ◆ Falta de parte de la familia de llenar los requisitos de elegibilidad o los criterios necesarios.
 - ◆ Declaraciones falsas hechas en la aplicación, y/o documentación incompleta.
 - ◆ Abuso Verbal o físico a un miembro del personal por un padre/tutor.
 - ◆ Comportamiento incontrolablemente severo por el niño(a).
 - ◆ Falta de parte del padre/tutor de mantener información de emergencia precisa y actualizada.
 - ◆ Falta de parte del padre/tutor de cumplir con polizas y reglas del Centro de Desarrollo Infantil.

Las familias cuyos servicios sean terminados podrán volver a la lista de espera después de seis (6) meses. Para más información detallada, por favor consultar su Manual para Padres.

Mi firma indica que se me ha informado de y he comprendido las condiciones del acuerdo de admisión para el programa General de Guardería y Pre-Escuela Estatal de los Centros de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Unificado de Compton

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Iniciales del Personal/ Fecha

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ESCOLARES Y RECEBIR ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

Yo por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a utilice todo el equipo de juego y participe en todas las actividades escolares.

Yo por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a salga de campo escolar, bajo la supervision del personal escolar para viajes educativos a pie cuando se trate de excursions cercanas o por viajes en transportes autorizados.

Yo por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea incluido/a en las evaluaciones y fotos relacionadas con el programa de la escuela.

Yo por la presente doy mi consentimiento para que el Director/Director Interino tome cualquier procedimiento necesario para obtener cuidado medico que sea necesario. Estos procedimientos pueden incluir, pero no limitan a lo siguiente:

1. Tratar de comunicarnos con el padre/guardian.
2. Tratar de comunicarnos con el doctor de su nino/a.
3. Tratar de comunicarnos con el padre/guardian por medio de las personas anotadas en la lista de emergencia.
4. Si no podemos comunicarnos con su doctor, haremos lo siguiente:
 - a) Llamar a otro doctor o los paramedicos
 - b) Llamar a la ambulancia
 - c) Llevar al nino/a al hospital acompañado por un miembro del personal
 - d) Cualquier gasto incurridos como resultado de seguir los procedimientos mencionados, sera pagado por la familia del nino/a
5. El centro no se hace responsable por nada que pueda suceder como resultado de informacion falsa dada al momento de matricular al nino/a
6. El centro no se hace responsable por ningun nino/a que no sea firmado por el padre/guardian o persona autorizada al ser traído al centro.

Firma _____
Madre/Tutor Legal

Fecha _____

Firma _____
Padre/Tutor Legal

Fecha _____

Nombre del Nino/a _____

Programa _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services - CCLD
Dirección de la oficina de licenciamiento: 300 N. Continental Blvd Ste 290A El Segundo CA
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (424) 301-3077 FAX (424) 301-3200
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS.

Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

Firma (Padre/madre/representante autorizado) _____ Fecha _____

NOTA: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES**Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

ÁREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____ SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()

()



Compton Unified School District
Early Childhood Development
411 N. Tajauta Avenue
Compton, CA 90220
(310) 898-6008



Level of Education

Parent's /Guardian's Name

Email address:

High School Graduate

Yes

No

Some College

Yes

No

College Graduate

Yes

No

Graduate School/
Post Graduate Training

Yes

No

Declined to State/Unknown

Parent's /Guardian's Signature

Date

Nivel de Educación

Nombre del padre/tutor

Dirección de correo electrónico:

Graduado de Preparatoria:

Yes

No

Alguna Educación Superior:

Yes

No

Graduado de la Universidad:

Yes

No

Escuela de Posgrado/Formación de
Posgrado

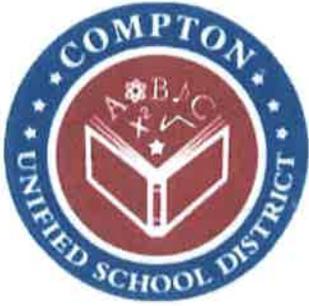
Yes

No

Se Negó a Declarar/Desconocido:

Firma del padre/tutor

Fecha:



Compton Unified School District

Early Childhood Development

411 N. Tajauta Avenue

Compton, CA 90220

(310) 898-6008



Model Release Form/Modelo Formulario de Autorización

20__ - 20__

I, _____, the parent/guardian of the minor named below and have the legal authority to execute this release, do hereby give the Compton Unified School District, its assigns, licenses and legal representatives the irrevocable right to use my child's picture, portrait or photograph in all forms and media, including the district's website, and in all manners, including composite or distorted representations, for advertising, trade or any other lawful purposes. I waive any right to inspect or approve the finished product, including written copy, that may be created in connection therewith, in consideration of \$0.00 receipt of which is acknowledged.

I have read this release and am fully familiar with its contents.

Facility Name: _____

Students Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Yo, _____, el padre / tutor del menor mencionado a continuación y tengo la autoridad legal para ejecutar este descargo, por la presente otorgo al Distrito Escolar Unificado de Compton, sus cesionarios, licencias y representantes legales el derecho irrevocable de usar la fotografía, retrato o fotografiar en todas las formas y medios, incluido el sitio web del distrito, y en todas las formas, incluidas las representaciones compuestas o distorsionadas, para publicidad, comercio o cualquier otro propósito legal. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluida la copia por escrito, que pueda crearse en relación con el mismo, en consideración del recibo de \$ 0.00 del cual se acusa recibo.

He leído este comunicado y estoy completamente familiarizado con su contenido.

Nombre del Establecimiento: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre/Madre o Representante Autorizado: _____



ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of Student _____ (Surname/Family Name) _____ (First Given Name) _____ (Second Given Name)

Age of Student _____ Grade Level _____ Name of Teacher _____

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____
4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

_____ (Firma del padre/madre o tutor) _____ (Fecha)

CUSD – EARLY CHILDSCHOOL EDUCATION

PARENT PARTICIPATION CONTRACT

I acknowledge the importance of parent participation in my child's education and agree to volunteer a minimum of **once a month** per school year in my child's classroom.

My signature in the parent book will document my participation each month, which will be reviewed and initialed by a staff member.

The preschool teacher will assign me a day to come into the preschool. If I cannot attend, I will contact the teacher and arrange for a different day.

I will help the teachers and instructional assistants work with small groups of children. I might also cut out patterns, supervise the recess, and/or help serve the students meals.

I have read and agree to follow the parent participation contract.

Child's Name	Parent's Signature	Date
--------------	--------------------	------

CUSD – CENTRO DE DESAROLLO INFANTIL PRE-ESCUELA ESTATAL DE CALIFORNIA

CONTRATO DE PARTICIPACION PARA LOS PADRES

Yo reconozco la importancia de participar como padre en la educación de mi niño y acuerdo en ser voluntario/a en la aula de mínimo de **una vece por mes** durante el año escolar.

Mi firma en el libro de padres documentará mi participación cada mes, el cual sera revisado e iniciado por un miembro de personal.

La maestro pre-escolar me asignará un día para venire al aula. Si no puedo asistir, llamaré a la maestro y hare arreglos para otro día diferente.

Yo ayudaré a las profesoras y las asistentes a trabajar con grupos pequeños de niños. Yo también podría recortar modelos, supervisor el recreo, y/o ayudar server los alimentos de estudiantes.

He leído y estoy de acuerdo en seguir el contrato de participación para el padre/madre.

Nombre del Niño/a	Firma del Padre	Fecha
-------------------	-----------------	-------



Compton Unified School District
Office of Early Childhood Education/Preschool
 411 N. Tajauta Ave., Compton, CA 90220
 PH: (310) 898-6008

CHILD'S DEVELOPMENT INFORMATION

My signature below indicates that, I _____ give my permission for the Compton Unified School District Early Childhood Education to transfer any information regarding my child's preschool experience to the elementary school that my child will attend. This information includes, but is not limited to; developmental issues, social interaction abilities, health background and diagnostic assessments (Desired Results).

 Child's Name

 Parent Signature

 Staff Signature



Compton Unified School District
Office of Early Childhood Education/Preschool
 411 N. Tajauta Ave., Compton, CA 90220
 PH: (310) 898-6008

INFORMACION SOBRE EL DESARROLLO DE SU NIÑO/A

Mi firma abajo indica que, yo _____ doy mi permiso al Distrito Escolar Unificado de Compton y la Oficina de Educación de Primera Infancia para transferir cualquier información con respecto a la experiencia pre-escolar de mi niño/a la escuela elemental que mi niño/a asistirá. Esta información incluye, pero no se limita a; puntos sobre su desarrollo, capacidad de interacción social, antecedentes de salud y evaluaciones diagnosticas (Resultados Deseados).

 Nombre de niño/a

 Firma del Padre

 Firma del Personal

**Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45 del Código de Regulaciones Federales*, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5 del Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social. Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

Sí, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

Firma del jefe o jefa de familia

Fecha

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

Compton Unified School District
Early Childhood Education
411 North Tajauta Ave., Compton, Ca 90220
(310) 898-6008

**AVISO DE REQUERIMIENTO DE RECOBRAR GASTOS DE GUARDERIA
INCURRIDOS COMO RESULTADO DE FRAUDE O ENGAÑO**

El Departamento de Educación del Estado, y la Division encargada del Desarrollo Infantil, requieren del Centro de Desarrollo Infantil de Compton, que hagan todos esfuerzo razonable en recobrar cualquier gasto de servicios de guarderia incurridos como resultado de un acto de fraude o engaño. Esfuerzos razonables en recobrar gastos de cuidado infantil pueden incluir:

- Establecer un plan de pago apropiado.
- Ser referido al Tribunal de Reclamos
- Ser referido al Fiscal Publico

Evidencia de fraude o engaño en la determinación de elegibilidad inicial o en proceso para recibir servicios de desarrollo infantil y/o tarifas de guarderia iniciales o en proceso también resultaran en que los servicios a la familia sean terminados.

Yo he recibido y entendido el Aviso de Requerimiento y la copia del Aviso de Accion relacionada con tal.

Firma del Partido Matriculando

Fecha

Nombre del Centro

ACOSO SEXUAL Y PROCEDIMIENTO DE QUEJA

(El Código 48980 de Educación (g), 48900.2 y 231.5) (Poliza de mesa directive 5145.46)

Es la poliza de el Distrito Escolar Unificado de Compton que no se tolera el acoso sexual. Una copia del procedimiento de queja de acoso sexual se le entrego en su paquete de inscripción y las formas adicionales están disponibles a usted en la oficina ECE.

El acoso sexual es definido en el código 212.5 de educación como avances sexuales no deseaeados, peticiones de avances sexuales, petición de favores sexuales, y otra conducta verbal, visual o física de una naturaleza sexual cuando:

1. La sumisión a tal conducta es hecha explícitamente o un implícitamente o la condición de un empleo de individuos; estado académico, progreso o promoción;
2. El sumisión a o el rechazo de tal conducta por un individuo es usado como la base para empleo o decisiones académicas que afectan a tal individuo;
3. La conducta tiene el objetivo o el efecto de tener un impacto negativo sobre trabajo del individuo o interpretación académica, o de crear un trabajo que intimida, hostil u ofensivo o el ambiente de educación; o
4. La sumisión a o el rechazo de la conducta por el individuo es usada como la base para cualquier decisión que afecta al individuo sobre beneficios y servicios, honores, programas, o actividades disponibles en o por la institución educativa.
5. Debe considerarse la conducta descrita como el acoso sexual para ser suficientemente severa o penetrante para tener un impacto negativo sobre la interpretación académica del individuo o crear un ambiente educativo que intimida, hostil, u ofensivo.

Cualquier estudiante, padre/guardian, o personal que siente que él/ella ha sido la víctima del acoso sexual como definido en esta poliza tendra que inmediatamente reportarlo a cualquier empleado del programa. El empleado que recibe la queja tendra que reportar inmediatamente el incidente al director/a o persona designada. El director/a o la persona designada comenzarán una investigación sobre la queja. Un reporte será hecho a representantes de la ley para casos que son determinados para ser el acoso sexual, como definido por esta regulación. Cualquier estudiante que tenga el conocimiento de la conducta por otros estudiantes, los empleados del Distrito, voluntarios, o otros individuos de la comunidad escolar como antes definido, es animado a reportar inmediatamente tal conducta al director/a o persona designada.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

Procedimientos Uniformes De Quejas Resumen

Reglamentos del Distrito

El Distrito tendra la principal responsabilidad de asegurarse que se cumpla con leyes y reglamentos estatales y federales aplicables, y debera investigar quejas que alegan incumplimiento y procurrara resolver esas quejas.

Los reglamentos de Distrito comprenden los siguientes programas: Educacion Basica para Adultos, Programa de Ayuda Categorica, Educacion Migratoria, Educacion Vocacional, Cuidado y Desarrollo de la Ninez, Nutricion de la Ninez y Educacion Especial.

Estos reglamentos tambien incluyen la presentacion de quejas que alegan discriminacion ilegal en base en la identificacion de un grupo etnico, a religion, edad, sexo, color, o incapacidad fisica o mental, en cualquier programa o actividad conducida por una agencia local, que reciba fondos directamente, o que recibe o se beneficia de cualquier asistencia financiera estatal.

Presentacion de una Queja

Se iniciara una investigacion de la alegada discriminacion ilegal al momento de presentarse una queja en un tiempo no mayor de seis meses desde la fecha en que ocurrio la propuesta discriminacion, o la fecha en que el denunciante obtuvo conocimiento inicial de los hechos de la presunta discriminacion, a menos de que el tiempo para presentar la queja sea extendido por el superintendente de Instruccion Publica del Estado, al recibir solicitud por escrito de parte del demandante esponiendo las razones por la extension.

- 1) La queja sera presentada por el que alega que el o ella sufrio personalmente discriminacion ilegal, o por un individuo que presente oficialmente una clase especifica de individuos que alegan que ha sido sometida a discriminacion prohibida por esta parte.
- 2) La queja sera presentada por escrito al superintendente del Distrito o a su designado, a menos que el denunciante solicite interencion directa por el Departamento de Educacion del Estado de acuerdo con las provisiones de estos reglamentos.
- 3) Se conducira una investigacion de queja por discriminacion, de una manera que se mantenga la confidencialidad de las partes y de los hechos.

Responsabilidades del Distrito

La Decision del Distrito (La Decision) se hara por escrito y se enviara al denunciante en una limite de sesenta (60) dias de recibo de la queja por el Distrito. La Decision contendra los resultados de la investigacion y la disposicion de la queja, incluyendo acciones correctivas, si es que hubieron, el criterio de tal disposicion.

Apelar Decisiones del Distrito

Cualquier Denunciante(s) podra apelar una Decision del Distrito al Departamento de Instruccion Publica del Estado al Presentar una apelacion por escrito con el Superintendente del Estado dentro de un periodo de quince (15) dias de haber recibido la Decision del Distrito. Podran concederse estensiones para presentar apelaciones por escrito, por buena causa.

COPIAS DE LOS ACTUALES PROCEDIMIENTOS UNIFORMES DE QUEJAS, REGLAMENTO DEL DISTRITO 0440(a), ESTAN A SU DISPOSICION EN LA ESCUELA LOCAL O EN LA OFICINA DEL DISTRITO Y ESTAN ESCRITAS EN ESPANOL Y EN INGLES.