



Enrollment File Requirements

Attach this checklist to front cover of child's file.

Child's Name _____ Date of Application _____

SECTION I:

Forms Required in All File

- Emergency Card & Release Form (2 required) (LIC 700 & 627)— Available in yellow card stock
- Emergency Card & Release Form—Addendum (CDC-LIC 700)
- Child's Pre-admission Health History-Parents Report (CDC-LIC 702)
- Family and Social History (CDC 100) (3 pages)
- Sunscreen and Care Product Utilization Consent (CDC 101)
- Notification of Parents' Rights Receipt (CDC-LIC 995)
- Caregiver Background Check Process (CDC-LIC 995E)
- Notification of Personal Rights Receipt (CDC-LIC 613A)
- Racial-Ethnic Data Collection Letter (CNFDD 3201) (2 pages)
- Letter to Parents Eligibility Scale Food Program CACFP (NSD 3104) (2 pages)
- Meal Benefit Form with instructions (NSD 3101) (5 pages)
- Parent Handbook Receipt Form (signed and dated)
—Detached from last page of Parent Handbook
- Current CDC Registration Agreement (CDC)
Available in NCR form

SECTION II:

Additional Forms Required for Non-School Age Children.

- Physician's Report—
Pre-admission Health Evaluation (CDC-LIC 701) (2 pages)
- California School Immunization Record (Blue Card) (PM 286)
- Infant Needs, Services and Feeding Plan—Infant/Toddler Programs (CDC 200) (4 pages)
- Toilet Training Plan—Infant/Toddler Programs (CDC 201)
- Infant Illness & Vaccinations (CDC 202)

SECTION III:

Forms Required if applicable.

- Exemption from Immunizations
No pre-printed form (physician to provide a written statement for exemption based on medical conditions only)
- Document of Unusual Behavior, Signs of Illness, or Special Needs (CDC 300)
- M.D. Statement to request Special Meals/Accommodations (CNP 925) (2 pages)
- Medication Administration Release (CDC-LIC 9221)
- Asthma Care Consent/Verification Form (CDC-LIC 9166)
- Gastrostomy—Tube Care/Physicians Checklist (CDC-LIC 701A) (2 pages)
- Licensing Report Receipt (CDC-LIC 9224)
- Verification of Authorized Family Representative (CDC 301)
- Blank Contact/Action Log Form (CDC 302)
- Parent/Guardian Consent to Release Allergy Information (CDC 303)
- Anaphylaxis Emergency Care Plan (CDC 304)
- Seizure Action Plan/Diastat Medication Administration Training (CDC 305) (2 pages)
- Medical Conditions Instructions (CDC 306)
- Insect Repellent Release (CDC 307)

SECTION IV:

CACFP Forms Required if applicable.

- CACFP Infant Meal Pattern (NSD 11/17)
- CACFP Meal Pattern for Older Children (NSD 11/17)
- Parent Declining Provider Formula/Food & Doctor's Food Intolerance Statement (NSD 09/02) (2 pages)



Estimados Padres/Tutores:

Bienvenidos a Catalyst Kids. Nos complace que ustedes hayan elegido nuestro programa para su hijo(a). Es nuestro objetivo ser su socio en el cuidado, la crianza, el éxito académico y la experiencia recreativa que su hijo(a) tendrá en nuestro Centro. Nosotros vemos las relaciones respetuosas de padres/familias como esenciales en nuestro compromiso para lograr la excelencia en nuestros programas. Nuestros maestros dedicados y confiables asegurarán que su niño(a) esté seguro(a) y que se divierta en un ambiente cómodo y hogareño, donde cada niño(a) puede sentirse lo mejor de sí mismo.

Adjunto encontrará el Paquete de Matrícula que contiene la información requerida por la Agencia de Licencias de Cuidado Comunitario del Ministerio de Educación de California así como la información que necesitamos sobre su familia y su hijo(a) a fin de ser su socio de pleno derecho. Nuestros centros operan con una licencia de la División de Licencias para Cuidado Comunitario del Departamento de Servicios Sociales de California, ésta es la agencia estatal que se encarga de revisar la salud y seguridad de los centros de cuidado infantil. Además, todos nuestros centros buscan obtener la Excelencia de los Estándares de Acreditación Nacionales.

Nuestros programas son personalizados, únicos y específicos a las necesidades de cada comunidad local y las familias dentro de ellas. Ya sea que su hijo(a) sea un infante, niño pequeño, preescolar o estudiante en la primaria, nuestros programas apoyarán su crecimiento y desarrollo, proporcionarán un ambiente rico en aprendizaje, actividades apropiadas para su edad en base a sus intereses individuales y lo rodearán en un ambiente seguro y saludable.

Lo más importante, queremos que su hijo(a) haga amistades, cree confianza e interactúe con los adultos, desarrolle habilidades de liderazgo, siga sus intereses y disfrute de su tiempo con nosotros. Esperamos crear una fuerte relación con su hijo y su familia.

Por favor, siéntanse libres de visitar el centro en cualquier momento. **Considérennos como parte de su familia.**

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Susan Dumars".

Susan Dumars

Presidente

Instrucciones para Completar el Paquete de Matrícula por el Padre/Tutor

Esperamos que esta guía le sirva para completar el Paquete de Solicitud de Matrícula.

- 1. Tarjeta de Emergencia y Formulario de Permiso** (LIC. 700 & LIC 627)—Por favor llene dos (2) por cada niño. Esta tarjeta provee instrucciones para el Personal del Centro en cuanto a qué pasos tomar en caso de una emergencia.
- 2. Adenda a la Tarjeta de Emergencia y Formulario de Permiso** (LIC. 700)—Por favor llene este formulario para cualquier Representante de la Familia que usted autorice recoger a su hijo del Centro. El Representante de la Familia necesitará mostrar un documento de identidad con fotografía al Personal del Centro a fin de ser agregado como persona autorizada para recoger a su hijo del Centro. (Si alguien que usted desee autorizar para que recoja a su niño del Centro NO tiene una forma de identificación con fotografía, entonces pida al personal del Centro que le dé el formulario CDC 301.)
- 3. Historia de Salud de Preadmisión del Niño—Reporte del Padre/Madre** (LIC. 702) – Por favor llene este formulario completamente. Si su hijo tiene alergias, está tomando medicamentos recetados o comprados sin receta, o tiene necesidades especiales (comidas, dispositivos especiales, médicos) sírvase pedir al Personal del Centro que le entregue el formulario(s) apropiado(s) para proveer la información completa sobre cualquier necesidad especial (para los Infantes/Niños Pequeños y Preescolares, por favor vea formularios adicionales en la siguiente sección).
- 4. Historia Social y de la Familia** (CDC 100)—Por favor llene este formulario en su totalidad para ayudar al Personal del Centro a entender completamente el ambiente de su hijo, sus necesidades sociales y su entorno familiar a fin de ayudarle a sentirse cómodo y como en el hogar mientras está en el Centro.
- 5. Autorización para el Uso de Protectores de Sol y Productos para el Cuidado** (CDC 101)—Por favor indique cualquier Producto para el Cuidado que no debe usarse en su niño y provea una instrucción alternativa para el cuidado preventivo.
- 6. Notificación sobre los Derechos de los Padres** (LIC 995)—Este documento es para informarle de sus Derechos mientras su hijo está matriculado en el Centro. Por favor léalo cuidadosamente y firme y feche la porción “Confirmación de Haber Recibido la Notificación” en la parte inferior.
- 7. Derechos Personales** (LIC 613A)—Este documento es para informarle de todos los derechos acordados para su niño mientras está matriculado en el Centro. Por favor léalo cuidadosamente y firme y feche la porción “Confirmación” en la parte inferior.
- 8. Carta a los Padres para Colectar Datos Raciales-Étnicos** (CNFDD 3201)—Este formulario ayudará al Centro a coleccionar datos Raciales-Étnicos que son entregados al Departamento de Agricultura-USA cuando los solicita. El CACFP es un programa financiado por el gobierno federal que provee comidas y refrigerios saludables a los niños en los centros de cuidado. NO es obligatorio completar este formulario. Si usted se rehúsa a brindar esta información, esto NO afectará sus solicitudes o la participación de su hijo en el programa de alimentos.
- 9. Carta para los Padres (Centro de Cuidado Infantil – Programa sin Costo)** (NSD3104)—Por favor lea esta comunicación para determinar si sus ingresos familiares son compatibles con el centro. Todos los niños inscritos en nuestros centros reciben sus comidas sin costo adicional, pero la determinación de la categoría de elegibilidad afecta la cantidad de fondos que nuestros centros reciben. Esta información es necesaria para recibir el reembolso por las comidas que servimos a los niños en nuestro programa. Después de revisar esto, por favor marque el casillero apropiado en la parte inferior de modo que el personal del Centro pueda proporcionar la información adicional si aplica.
- 10. Formulario de Beneficios Alimentarios del CACFP para los Niños** (NSD 3101)—Por favor complete este formulario si sus ingresos familiares indican que usted califica. El CACFP es un programa de nutrición financiado por el gobierno federal que nos obliga a recopilar datos sobre los ingresos de las familias con el fin de determinar la cantidad de reembolso que recibiremos por las comidas y refrigerios que servimos.
- 11. Recibo del Manual de los Padres**—A usted se le entregará un Manual de los Padres de Catalyst Kids para que lo lea y revise describiendo la información que usted debe saber sobre nuestros Centros y Programas. Por favor asegúrese de firmar y colocar la fecha en la última página de este manual para confirmar el recibo del mismo.

Formularios Específicos para Infantes/Niños Pequeños y Preescolares:

- 12. Reporte del Médico- Centros de Cuidado Infantil** (LIC. 701) —Este formulario debe ser completado por usted y el médico de su hijo. Si su hijo tiene alergias, está tomando medicamentos recetados o comprados sin receta, o tiene necesidades especiales (comidas, dispositivos especiales, médicos) sírvase pedir al Personal del Centro que le entregue el formulario(s) apropiado(s) para proveer la información completa sobre cualquier necesidad especial.
- 13. Plan de Servicios, Necesidades y Alimentación del Infante** (CDC 200) – Por favor lea y complete este formulario para ayudar a nuestro Personal del Centro a entender y llenar las necesidades de nutrición de su hijo, necesidades de servicio especiales, métodos de alimentación y autorizar la expansión de su consumo dietético conforme crece. Asegúrese de firmar y fechar este formulario.
- 14. Plan de Entrenamiento para el Uso del Retrete** (CDC 201)— Si su hijo ya está listo o está en el proceso de Entrenarse para Usar el Retrete, por favor lea este formulario y trate un Plan con el Personal del Centro a fin de ayudar a apoyar este reto.
- 15. Enfermedades Infantiles y Vacunas** (CDC 202)—Por favor lea y complete este formulario que aplica para los infantes menores de 18 meses, con su firma, fecha y el nombre de su niño(a).

Esperamos que esta guía le sea útil para llenar la información requerida a fin de que su niño pueda participar en nuestro centro.



[1] Adenda a la Tarjeta de Emergencia y Formulario de Permiso

Nombre Representantes adicionales de la Familia (que posean un documento de identidad con foto) que están autorizados a recoger al niño del Centro. Adjúntese a la Tarjeta de Emergencia y Formulario de Permiso.

Nombre del Niño _____

1. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

2. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

3. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

Firma del Padre/Tutor _____
Fecha

Nombre del Niño _____

1. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

2. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

3. _____ (_____) _____
Nombre del Representante de la Familia Autorizado Parentesco N° de Tel. durante el día

Firma del Representante de la Familia Autorizado Fecha

Firma del Padre/Tutor _____
Fecha

Nombre del niño:	Sexo: M F	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre 1/tutor 1:	¿Vive el padre 1/tutor 1 doméstica en el hogar con el niño?	Sí No
Nombre del padre 2/tutor 2:	¿Vive el padre 2/tutor 2 doméstica en el hogar con el niño?	Sí No
¿Tiene el niño un médico principal? Sí No	Fecha del último examen físico/médico:	

Historia de su desarrollo (Sírvese completar esta sección sólo para infantes y niños en edad preescolar.)

Caminó a los: meses	Comenzó a hablar a los: meses	Comenzó entrenamiento para el retrete a los: meses
Rutinas Diarias:		
¿A qué hora se acuesta su niño?	¿A qué hora se levanta su niño?	¿Duerme bien su niño? Sí No
¿Duerme su niño durante el día? Sí No	Si contestó sí, ¿a qué hora?	¿Cuánto tiempo?
Patrón Dietético—¿Qué es lo que el niño usualmente come en estas comidas?		Horas de Comida
Desayuno:		
Almuerzo:		
Cena:		
¿Tiene su niño alguna dificultad para comer? Sí No		
¿Está el niño entrenado para ir al baño? Sí No	Si contestó sí, ¿en qué etapa?	
¿Qué palabra utiliza su niño para el movimiento de bowel?	¿Son sus deposiciones regulares? Sí No	
¿Cuál es su hora usual?	¿Qué palabra utiliza su hijo para la urinación?	

Condición Médica Actual Marque todas las condiciones que actualmente aplican a su hijo y la fecha de la diagnosis.

ADD/ADHD Asma (Plan de acción requerido) Trastornos Sanguíneos Nombre de la condición: Diabetes Retraso del Desarrollo Tipo:	Alergia que no sea a las comidas Escriba abajo la alergia: Condición Cardíaca Nombre de la condición: Ataques Fecha del último episodio:	Deterioro del Oído Deterioro de la Vista Eczema Condición Genética: Otro:
--	--	--

¿Tiene su hijo alergias a las comidas?	Sí	No	(Si contestó Sí , se requiere el formulario CNP 925.)
Liste las comidas que deben evitarse:			
¿Es la alergia de su niño amenazadora a la vida?	Sí	No	
¿Se requiere un epipen en el caso de una reacción alérgica?	Sí	No	(Si contestó Sí , se requieren los formularios del Plan de Acción de Emergencia para la Anafilaxis y la Autorización para Revelar Información sobre la Alergia.)
¿Cuál es su evaluación general de la salud de su niño?			
¿Tiene su niño un seguro de salud?	Sí	No	
¿Está actualmente su niño bajo el cuidado de un médico?	Sí	No	Si contestó Sí , nombre del médico:
¿Toma su niño algún medicamento recetado?	Sí	No	Nombre del medicamento(s):
¿Debe administrarse el medicamento durante las horas que está en el centro?	Sí	No	(Si contestó Sí , se requiere tener el formulario de Autorización para Administrar Medicamentos. Si el medicamento es un inhalador o nebulizador de asma, se requiere también el formulario de Consentimiento/Verificación para el Cuidado del Inhalador/Nebulizador de Asma)
Nombre todos los efectos secundarios del medicamento (si alguno):			
¿Usa el niño algún dispositivo especial en casa?	Sí	No	Nombre del dispositivo:
Si contestó Sí , ¿necesitará el niño el dispositivo en el centro?			
	Sí	No	

La Personalidad

Describe la personalidad del niño:			
Describe las interacciones del niño con los hermanos y otros niños:			
¿Ha tenido el niño experiencias de juego en grupo?	Sí	No	
¿Tiene el niño algún problema, necesidad o temor especial?	Sí	No	Si contestó sí , por favor explique:
¿Cuál es el plan para el cuidado si / cuando el niño se enferma en el centro?			
¿Hay algo más que necesitamos saber sobre su niño?			
Motivo para solicitar un cupo para su cuidado en Catalyst Kids:			
Describe cualquier actividad de la que su niño debería ser exonerado debido a razones de salud:			

Firma Del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Nombre del Niño:	Apodo:
Padre(s)/Tutor(es):	

¿Como se entero de nuestro programa?

Por favor describa la estructura de su familia (incluya información sobre con quién vive el niño o persona que regularmente lo cuidan tanto dentro y fuera del hogar y declare el parentesco con el niño).

Otros miembros del hogar	Nombre	Parentesco	Edad o Fecha de Nacimiento

Idioma(s) hablado(s) en casa:

Pasatempos e intereses familiares:

Mascotas de la familia (tipo y nombre):

¿Existe alguna situación hogareña/familiar de la cual usted desea que estemos enterados? Sí No
 Si contestó **sí**, por favor explique:

¿Ha sido el niño cuidado por otra persona aparte de sus padres?	Sí	No	
Si contestó sí , por favor explique:			Por Quién Cuánto Tiempo Cuando

¿Por otro grupo de cuidado/escuela/experiencia en día de campamento?	Sí	No	
Si contestó sí , por favor explique:			Donde Cuánto Tiempo Cuando

¿Que experiencias le gustaría que su hijo tenga en el centro/campamento?

Actividad/deporte favorito del niño:

¿Qué métodos se usan para cambiar los comportamientos no deseados en el hogar?

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño? Sí No
 Si contestó **sí**, por favor explique:

Debido a que queremos respetar las culturas y tradiciones que usted trae a nuestro programa y deseamos incluir a todos en las celebraciones a nivel centro, por favor tómesese un momento para contestar las siguientes preguntas

¿Qué es lo que le gustaría que sepamos sobre las celebraciones/tradiciones de su familia?

¿Hay días especiales de los que usted quisiera que estemos enterados? Sí No

Si contestó **sí**, por favor explique:

¿Hay algo sobre su cultura o familia que pudiera preocuparle que no entendamos? Sí No

Si contestó **sí**, por favor explique:

¿Hay algo en las celebraciones de los demás en las que usted no desea que su niño participe? Sí No

Si contestó **sí**, por favor explique:

¿Qué tipo de cosas podemos hacer para fortalecer la comunidad de nuestro centro y que nos una para fomentar la amistad?

¿Tendría tiempo para ofrecerse de voluntario/a en nuestro centro? Sí No

Si contestó **sí**, por favor marque en los casilleros de abajo lo que le interesaría hacer.

Leer o compartir un cuento favorite en su propio idioma.

Compartir una receta familiar favorite.

Donar ropa u otros artefactos que ya no use para el rincón del teatro..

Otras actividades que puedo compartir:

Por favor indique cualquier otra información que usted desee compartir con nosotros sobre su niño:

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____



[5] Autorización para el Uso de Protector Solar y Productos para el Cuidado

Nombre del Niño(a):	Fecha:
Padre(s)/Tutor(es):	

Niños de 6 Meses de Edad y Mayores

Como padre/tutor del niño(a) arriba mencionado(a), reconozco que mucha luz solar puede aumentar el riesgo de que mi niño(a) contraiga cáncer a la piel. Por lo tanto, autorizo al personal de Catalyst Kids para que aplique un protector solar de SPF 30 o más alto a mi hijo/a (a menos que se indique lo contrario más abajo) cuando él/ella esté jugando afuera, especialmente durante los meses de abril a setiembre y entre las horas diarias de 10 a.m. a 4 p.m.

Catalyst Kids compra una marca de protector solar en volumen y lo provee para el uso de los niños. Si mi hijo(a) necesita una marca diferente de protector solar, yo soy responsable de proveer esta sustitución de producto al centro. Entiendo que el protector solar será aplicado a la piel expuesta, incluyendo pero no limitándose a la cara, parte superior de las orejas, la nariz y los hombros, brazo y piernas expuestos (pregunte al Supervisor/a sobre la marca de protector solar que se usa en el centro).

Si no deseo que se aplique protector solar a mi niño(a) o si prefiero proveer un protector diferente al que el centro usa, he indicado esto con mis iniciales en la declaración apropiada abajo.

No deseo que se aplique protector solar a mi niño(a)

Proveeré una marca de protector solar que es diferente a la que el centro utiliza.
(El protector solar que provea será guardado en el centro.)

Marca del protector solar:

Infant & Toddler Care Only

Doy mi consentimiento para que el personal de Catalyst Kids use los productos de venta libre abajo mencionados durante el cuidado de mi infante/pequeño. Entiendo que Catalyst Kids se reserva el derecho de sustituir los siguientes productos de marca con otros similares de nombre diferente. **Si NO deseo que se utilice en mi hijo(a) un producto que se menciona más abajo, pondré mis iniciales al costado del nombre del producto.**

Vaseline® (Vaselina) Desitin® (Crema para escaldaduras de pañal)

Entiendo que éste es un servicio prestado para mi comodidad y no haré responsable al personal, Supervisor(a) o Catalyst Kids por la administración apropiada de los productos arriba mencionados ni por cualquier efecto adverso debido al uso de los mismos.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



[6] Notificación sobre los Derechos de los Padres

Detach bottom portion and return to center.

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar el centro de cuidado infantil (llamado "Centro" de aquí en adelante) sin aviso previo cuando quiera que los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja ante la agencia de licencias en contra de la entidad con licencia y revisar el expediente público de la persona con licencia que la agencia conserva.
3. Revisar, en el Centro, los reportes sobre las visitas de la agencia de licencias al Centro y las quejas comprobadas hechas en contra de la entidad con licencia durante los últimos tres años.
4. Quejarse a la agencia de licencias e inspeccionar el Centro sin que se tomen represalias contra usted o su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre visitar a su hijo o recogerlo del Centro, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la entidad con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la agencia de licencias local.
7. Ser informado por la entidad con licencia, luego de haberlo solicitado, el nombre y tipo de asociación con el Centro de alguna persona a la que se le ha otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales y que el nombre de la persona también se pueda obtener contactando a la agencia de licencias local.
8. Recibir, de la entidad con licencia, el formulario del Proceso de Revisión de los Antecedentes del Proveedor de Cuidado.

NOTA La ley Estatal de California estipula que la entidad con licencia puede negar el acceso al Centro al 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 registrados (conocida en inglés como "Registered Sex Offender") visite la página Web www.meganslaw.gov

Nombre de la Agencia de Licencias:

Dirección de la Agencia de Licencias:

Número de Teléfono de la Agencia de Licencias:

Confirmación De Haber Recibido La Notificación De Los Derechos De Los Padres/Tutores

(Se requiere la firma del Padre/Madre/Representante Autorizado)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido de la agencia de licencias una copia de la "Notificación De Los Derechos De Los Padres En Relación Al Centro De Cuidado Infantil" y el Proceso Para La Revisión De Los Antecedentes Del Proveedor De Cuidado.

Nombre del Centro de Cuidado Infantil

Firma (Padre/Madre/Representante autorizado)

Fecha

NOTA Esta Confirmación debe ser conservada en el expediente del niño y una copia de la Notificación es entregada al padre/madre/representante autorizado. Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales registrados (conocida en inglés como "Registered Sex Offender") visite la página Web www.meganslaw.gov

DESGLÓSE AQUÍ ↑

DESGLÓSE AQUÍ ↑



[7] Proceso Para La Revisión De Los Antecedentes De Los Proveedores De Cuidado

Departamento De Servicios Sociales De California

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la mariguana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre mariguana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una **exención**.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar** en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (felony) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- **el delito**
- **lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;**
- **si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y**
- **si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.**

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://cclid.ca.gov/contact.htm>

Derecho Personales, véase la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a los Centros de Cuidado Infantil.

Centros de Cuidado Infantil. Cada niño que reciba servicios de un Centro de Cuidado Infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a lo siguiente:

1. A que sea tratado con dignidad como parte de su relación con el personal y 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, humillación o 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 comer, dormir o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos o medios de auxilio para el funcionamiento físico.
4. A que la entidad con licencia le informe y también a su representante autorizado, si lo tiene, 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 de la agencia de licencias que recibe quejas y recibir información con respecto al carácter confidencial.
5. A tener libertad de asistir a los servicios o 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 totalmente voluntaria. En los Centros de Cuidado Infantil, los padres o apoderados legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a los servicios religiosos y las visitas de los 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 soporte y que haya sido aprobado con anterioridad por la agencia de licencias.

El representante/padre/madre/apoderado legal tiene el derecho de ser informado sobre la agencia de licencias apropiada con la cual debe comunicarse si tuviera quejas. La información sobre la agencia es la siguiente:

Nombre:
Dirección:
Ciudad Código Postal:
Código De Área + N° De Teléfono:

GUARDE EN EXPEDIENTE DEL NIÑO

Para: El Padre/Madre/Apoderado/Niño o Representante Autorizado—Sírvase llenar 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 ha informado personalmente y he/hemos recibido una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Reglamentos de California en el momento de la admisión a:

Nombre del centro en letra de imprenta:

Dirección del centro:

Nombre del niño en letra de imprenta:

Firma del representante/padre/madre/apoderado:

Título del representante/padre/madre/apoderado:

Fecha:



[9] Carta a los Padres para Colectar Datos Raciales-Étnicos

Fecha:

Estimado Padre/Madre/Apoderado:

El Programa de Alimentos para Guarderías de Niños y Adultos (CACFP) del Ministerio de Educación de California requiere que se suministren las Provisiones del Título VI del Decreto de Derechos Civiles de 1964.

Este Decreto requiere que se colecte información étnica—racial sobre cada persona que participa en un programa con fondos federales. Aunque no se requiere que usted provea esta información, al hacerlo, nos ayudará a cumplir con la ley federal. La información que se colecta es para fines estadísticos solamente y será tratada en forma confidencial.

Si usted se rehúsa a proporcionar esta información, esto no afectará su solicitud o la participación de su niño en el CACFP.

Por favor devuelva este formulario a: _____ antes del: _____
Nombre de la Persona Autorizada para Recopilar Datos Fecha

Atentamente _____, _____
Nombre del Supervisor del Centro Nombre del Patrocinador

Nombre del Niño(a):
Por favor marque la categoría racial-étnica con la que identifica a su hijo(a):
India Americana o Nativa de Alaska Asiática Negra o Afro-americana
Hawaiana o de otras Islas del Pacífico White
Identidad Étnica: Check box if this participant is Hispanic or Latino

Descripción de Categorías Raciales y Étnicas

El gobierno federal ha establecido las siguientes cinco categorías raciales y una categoría étnica:

RACIAL

India-Americana o Nativa de Alaska—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o apego a su comunidad.

Asiática—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el bajo continente Indio incluyendo por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negra o Afroamericana—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos tales como **Haitiano** además de **Afro Americano**.

Hawaiana Nativa o de Otras Islas del Pacífico—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico

Blanca—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

ÉTNICA

Hispana o Latina—Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centroamérica u otro origen o cultura hispana, al margen de la raza. Se puede usar el termino origen Hispano además de **Hispano o Latino**

No Hispana o Latina



[10] Carta Para Los Padres

(Centro de Cuidado Infantil—Programa Sin Costo)

Estimado Padre/Madre o Tutor:

Todos los centros Catalyst Family Inc. participan en el Programa de Alimentos para Guarderías de Niños y Adultos (CACFP) ofrecido por el Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y sirve comidas sin cargo separado a todos los niños matriculados. El reembolso recibido del CACFP nos ayuda con los costos de alimentos y nos permite mantener nuestras cuotas por el cuidado a un precio tan bajo como sea posible.

Por favor ayúdenos a cumplir con los requerimientos del Programa de Alimentos para Guarderías de Niños y Adultos (CACFP) del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Todos los niños matriculados en nuestros centros reciben sus alimentos sin cargo separado, pero la determinación de la categoría de elegibilidad afecta la cantidad de fondos recibidos por nuestros centros. Esta información es necesaria para recibir el reembolso por las comidas que servimos a los niños en nuestro programa. Si su ingreso familiar es igual a o menos que las cantidades indicadas para el tamaño de su familia en la Tabla de Elegibilidad de Ingresos abajo indicada, el centro recibe un nivel más alto de reembolso Federal por las comidas servidas a su(s) hijo(s).

Tamaño de la Familia*	Ingreso Mensual
1	\$ 1397-1986
2	\$ 1889-2686
3	\$ 2380-3386
4	\$ 2872-4086
5	\$ 3364-4786
6	\$ 3856-5486
7	\$ 4348-6186
8	\$ 4740-6886
Por cada miembro adicional en la familia agregue:	+ \$ 700

*Un hogar de un miembro significa un niño quien se mantiene por sí mismo. Los niños adoptados temporalmente son un miembro del hogar solamente si la agencia de bienestar social o agencia de colocación mantiene la responsabilidad legal por el niño.

El USDA define el hogar como un grupo de individuos emparentados o no emparentados que no son residentes de una institución o casa de huéspedes, sino que están viviendo como una sola unidad económica compartiendo techo y todos los ingresos y gastos significativos. **El ingreso** que usted reporta debe ser el total de ingresos brutos recibidos el mes pasado, enumerado por fuente por cada miembro de la familia. Si el ingreso del mes pasado no refleja en forma precisa sus circunstancias, usted puede proveer una proyección de su ingreso mensual. Si no ha ocurrido un cambio significativo, usted puede usar los ingresos del año pasado como base para hacer esta proyección.

Marque por favor el casillero apropiado: (Tome como referencia la Tabla de Elegibilidad de Ingresos arriba indicada.)

Creo que califico. Mi hogar actualmente recibe beneficios bajo el Programa de Bonos de Alimentos; la Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad por los Niños de California (CalWORKs); el Pago de Asistencia para el Apoderado Pariente (Kin-GAP) o del Programa de Distribución de Alimentos en las Reservaciones Indias (FDPIR). **(Por favor pida el Formulario de Beneficios Alimentarios a nuestro Representante y complételo.)**

Creo que califico basado en el tamaño de mi familia y el ingreso mensual total de mi hogar. **(Por favor pida el Formulario de Beneficios Alimentarios a nuestro Representante y complételo.)**

Estoy matriculando a un hijo(s) adoptivo(s) temporal(es) y califica(n). **(Por favor pida el Formulario de Beneficios Alimentarios a nuestro Representante y complételo.)**

Creo que **no** califico basado en el tamaño de mi familia y el ingreso mensual total de mi hogar.

Una vez que sea aprobado apropiadamente para recibir beneficios de comida gratuita o a precio reducido, ya sea a través de ingresos o prueba de beneficios respaldado por un número de caso de Bonos de Alimentos, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, su(s) hijo(s) permanecerá(n) elegible(s) para recibir esos beneficios por 12 meses. Cuando complete el formulario de Beneficios Alimentarios recuerde incluir los nombres de todos los miembros de la familia, sus ingresos por fuente y el número de seguros social del adulto que firma o marca el casillero: **Marque aquí si no posee un Número de Seguro Social**. Si el inglés no es su primer idioma, usted tiene el derecho de pedir una traducción escrita u oral de estos materiales sin cargo alguno en su lengua nativa.

Carácter Confidencial de la Información en el Formulario de Beneficios Alimentarios:

Utilizaremos la información en el formulario para decidir el nivel de reembolso que nuestros centros son elegibles para recibir. Colocaremos el formulario de Beneficios Alimentarios en nuestros expedientes del programa de alimentos y mantendremos la información en forma confidencial. Sólo con su pedido, compartiremos la información en sus formularios con los oficiales de otros programas de nutrición, salud y educación infantil de modo que ellos puedan usarlo para determinar los beneficios para esos programas.

Declaración de No Discriminación:

Esto explica lo que hay que hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. De acuerdo a la ley federal y la política del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos, esta agencia está prohibida de discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, género, edad o incapacidad.

Para presentar una queja de discriminación escriba a: USDA Director, Oficina de Derechos Civiles, Sala 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que provee igual oportunidad.

Agradecemos su cooperación. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia para llenar el formulario de Beneficios Alimentarios, por favor póngase en contacto con:

Representante Del Centro

Numero Telefónico

Atentamente,

Firma del Representante de la Agen-

Fecha



Formulario De Asistencia Para Comidas Para Niños

Año Del Programa: _____

Nombre del centro de cuidado infantil:

Llene, firme y devuelva este formulario a:

Lea las instrucciones. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a:

1. Información De Sus Hijos

Anote los nombres de todos los niños que reciben cuidado infantil. **Marque la casilla** si el niño está bajo cuidado adoptivo temporal ("foster child") (es responsabilidad legal de una agencia de bienestar o tribunal).

Apellido	Primer nombre	Inicial	"Foster"?

2. Beneficios

Si recibe beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para su hijo, **anote el número de caso** y no llene la sección 3. Vaya a la sección 4.

Número de caso de CalFresh:

Número de caso de CalWORKs:

Número de caso de FDPIR:

3. Todos Los Miembros Del Hogar

Llene esta sección si no llenó la sección 2. **Anote a todos los miembros del hogar.**

Anote todos los ingresos. Vaya a la sección 4. → **Marque aquí si este hogar no recibe ingresos.** Vaya a la sección 4.

Nombres Nombres de todos los miembros del hogar. (Incluya a los menores anotados anteriormente)	Ingresos Brutos y la frecuencia con que se reciben (por ejemplo, semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente)*			
	Ingresos del trabajo antes de deducciones	Manutención de hijos, pensión alimenticia	Pagos de pensiones, retiro, seguro social	Otros Ingresos
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

* Se pide a los solicitantes sin ingresos que anoten un cero en el campo pertinente o que marquen la casilla para indicar que el hogar **no recibe ingresos**. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío es una indicación positiva de que no hay ingresos y certifica que no hay ingresos que declarar. Las solicitudes que tengan campos de ingresos vacíos se procesarán como completas.

continuado...

4. Cuatro Últimos Dígitos Del Número De Seguro Social (Ssn) Y Firma

Sanciones por declaraciones falsas: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de CalFresh, CalWORKs, FDPIR u otro programa autorizado es vigente y correcto, o que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la agencia pueden verificar la información que proporcioné en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

Nombre en letra de molde:

Últimos cuatro dígitos del SSN:

Marque aquí si no tiene SSN:

Firma del adulto:

Fecha:

Declaración De La Ley De Privacidad | La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar al participante para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un menor bajo cuidado adoptivo temporal o anota un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP o CalFresh), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF o CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el participante reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución del programa.

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social podrían usarse para identificar al miembro del hogar al verificar la exactitud de la información declarada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y podría incluir comunicarse con los empleadores para determinar los ingresos, comunicarse con la oficina de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para determinar la certificación actual para recibir beneficios de estos programas, contactar a la oficina estatal de seguridad en el empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisar la documentación presentada por el miembro del hogar para comprobar el monto de los ingresos recibidos. Estas medidas podrían resultar en una pérdida o reducción de los beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se declara información incorrecta. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social también pueden divulgarse a programas según lo autoriza la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Nutrición Infantil (Child Nutrition Act), al Contralor General de los Estados Unidos y a funcionarios del orden público con el fin de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

5. Identidad Racial/Étnica Usted no está obligado a contestar estas preguntas.

Si elije hacerlo, marque una o más de las siguientes identidades raciales:

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroestadounidense

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Blanco

Marque una de las siguientes identidades étnicas:

Hispano o latino

No Hispano o latino

continuado...

Declaración De No Discriminación Del Departamento De Agricultura De EE.UU

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por:

[1] Correo Postal:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary
for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

[2] Fax:

202.690.7442

[3] Correo Electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

For Agency Use Only (Para Uso De La Agencia Solamente)			
Categorical Eligibility			
CalFresh/CalWORKS/FDPIR household categorically eligible-free?	Yes	No	
Foster child automatically eligible free?	Yes	No	
Income Eligibility Annual Conversion: Weekly times (x) 52, every two weeks x 26, twice a month x 24, monthly x 12			
Total Income:	Household Size:		
Eligibility Classification	Free	Reduced-price	Base
Determining Official (Print Name):			
Determining Official Signature:		Certification Date:	

continuado...

Cómo Llenar El Formulario De Asistencia Para Comidas

Formulario De Asistencia Para Comidas Para Niños continuado...

Use las instrucciones a continuación para llenar, firmar y devolver el Formulario de Asistencia para Comidas a:

Si necesita ayuda, llame a: _____

1. Información De Sus Hijos:

- a) Anote el nombre de su hijo.
- b) Marque la casilla a la derecha del nombre si el niño está bajo cuidado adoptivo temporal.
- c) Incluya el nombre del centro de cuidado infantil.

2. Beneficios: (Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.)

- a) Anote el número o números de caso vigentes de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR de su o sus hijos.
- b) Firme el formulario en la sección 4. Un miembro adulto de su hogar debe firmarlo. No tiene que anotar un número de Seguro Social.

3. Todos Los Miembros Del Hogar: (Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.)

Anote los nombres de todas las personas en su hogar, incluso si no tienen ingresos. Inclúyase a usted, su cónyuge, el menor para el que está haciendo la solicitud y todos los demás miembros del hogar. **Si su hogar tiene a algún niño bajo cuidado adoptivo temporal asignado formalmente por una agencia de bienestar infantil estatal o tribunal, puede elegir incluir a este o estos niños en esta lista.**

- a) Anote la cantidad de ingresos que cada persona recibió en el último mes antes de impuestos u otras deducciones y la fuente de esos ingresos, como pensiones y otro tipo de ingresos (vea los ejemplos de tipos de ingresos más adelante). Si eligió incluir a cualquier niño bajo cuidado adoptivo temporal, sólo debe indicar el ingreso de uso personal. **No debe declarar los pagos que**

recibe para el cuidado del niño bajo cuidado adoptivo temporal de parte de la agencia de adopción temporal. Todas las cantidades de ingresos deben anotarse en la columna correspondiente del formulario. Si cualquier cantidad del último mes fue mayor o menor a la acostumbrada, anote el ingreso mensual usual de esa persona.

- b) Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote la cantidad de ingresos que dicha persona obtiene. Si necesita ayuda, llame al número que aparece al principio del formulario.
- c) Firme el formulario e incluya los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en la sección 4. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN".

4. Cuatro Últimos Dígitos Del Número De Seguro Social Y Firma:

- a) El formulario debe tener la firma de un miembro adulto del hogar.
- b) El miembro adulto que firma la declaración debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si no tiene

un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN". No necesita los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social si incluye un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

5. Identidad Racial/Étnica:

No está obligado a contestar esta pregunta para obtener asistencia para comidas, pero proporcionar esta información ayudará a dar un trato justo y equitativo a todos los participantes.

6. Ingreso Que Debe Declarar

Ingresos del trabajo:

Sueldos/salarios/propinas
Beneficios por huelga
Indemnización por desempleo
Indemnización por accidente laboral
Ingreso neto del trabajo por cuenta propia

Manutención de hijos/ pensión alimenticia

Pagos de asistencia pública
Pagos de manutención de hijos/
pensión alimenticia

Pensiones/jubilación/ retiro/seguro social

Pensiones
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)
Ingreso de retiro o jubilación
Pagos para veteranos
Seguro Social

Otros ingresos mensuales

Beneficios por discapacidad
Efectivo retirado del ahorro
Intereses, dividendos
Ingresos de herencias/fideicomisos/
inversiones
Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar
Regalías netas/anualidades/ingresos netos de alquileres
Subsidio militar para vivienda fuera de la base
Otros ingresos

continuado...

Descripción de Categorías Raciales y Étnicas

El gobierno federal ha establecido las siguientes cinco categorías raciales y una categoría étnica:

RACIAL

India-Americana o Nativa de Alaska—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o apego a su comunidad.

Asiática—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el bajo continente Indio incluyendo por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negra o Afroamericana—Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos tales como **Haitiano** además de **Afro Americano**.

Hawaiana Nativa o de Otras Islas del Pacífico —Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico

Blanca —Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

ÉTNICA

Hispana o Latina—Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centroamérica u otro origen o cultura hispana, al margen de la raza. Se puede usar el termino origen Hispano además de **Hispano o Latino**

No Hispana o Latina



Recibo Del Manual Para Padres

He recibido una copia del Manual para Padres del Catalyst Kids.

He leído todas las políticas de este manual y este formulario y estoy de acuerdo con ellos.

Entiendo que el incumplimiento de estas políticas puede conducir a la baja de los servicios de cuidado infantil.

Nombre del padre/tutor (por favor, en mayúsculas):	
Firma del padre/tutor:	Fecha:
Nombre del/la Supervisor/a del Centro (por favor, en mayúsculas):	
Firma del/de la Supervisor/a del Centro:	Fecha:

FUENTES POTENCIALES DE PLOMO

- Pintura vieja, especialmente si está astillada o pelada o si la casa ha sido reparada o remodelada recientemente
- Polvo de la casa
- Piso
- Algunos platos importados, ollas y vasijas de agua. Algunas vajillas más viejas, especialmente si están agrietadas, astilladas o usadas
- Ropa de trabajo y zapatos usados si se trabaja con plomo
- Algunos alimentos, dulces en especias de otros países
- Algunas joyas, juguetes y otros productos de consumo
- Algunos remedios caseros tradicionales o maquillaje tradicional
- Pesas para pesca de plomo y balas de plomo
- Agua, especialmente si los materiales de plomería contienen plomo

SÍNTOMAS DE EXPOSICIÓN AL PLOMO

La mayoría de los niños que tienen intoxicación por plomo no se ven ni actúan enfermos.

Los síntomas, si los hay, pueden confundirse con quejas comunes de la infancia, como dolor de estómago, mal humor, dolores de cabeza o pérdida de apetito.



OPCIONES PARA LAS PRUEBAS DE PLOMO



Una prueba de plomo de sangre es gratis si usted tiene Medi-Cal o si usted es parte del programa Child Health and Disability Prevention Program (CHDP). Los niños de Medi-Cal, CHDP, Head Start, WIC o en riesgo de intoxicación por plomo, deben hacerse pruebas entre el 1er y 2do años de edad. Los planes de seguro médico también pagarán por esta prueba. Pregúntale al médico de tu hijo acerca de las pruebas de plomo en la sangre.

Para obtener más información, vaya a la página web de California Childhood Lead Poisoning Prevention al www.cdph.ca.gov/programs/clppb, o llámelos al (510) 620-5600.

(La información y las imágenes que se encuentran en esta publicación están adaptadas en el Departamento de Salud Pública de California Programa de Prevención de Intoxicación por Plomo en los Infantes)

EFFECTOS DE EXPOSICIÓN AL PLOMO

- Los niños de 1 a 6 años están en más riesgo de intoxicación por plomo
- La intoxicación por plomo puede dañar el sistema nervioso y el cerebro de un niño cuando todavía se está formando, causando problemas de aprendizaje y de comportamiento que pueden durar toda la vida.
- El plomo puede conducir a un recuento sanguíneo bajo (anemia).
- Incluso pequeñas cantidades de plomo en el cuerpo pueden hacer que sea difícil para los niños aprender, prestar atención y tener éxito en la escuela.
- Las cantidades más altas de exposición al plomo pueden dañar el sistema nervioso, los riñones y otros órganos principales. Una exposición muy alta puede provocar convulsiones o hasta la muerte.



DATOS DE ENVENAMIENTO DE PLOMO

La acumulación de plomo en el cuerpo se conoce como intoxicación por plomo. El plomo es un metal natural que se ha utilizado en muchos productos y es perjudicial para el cuerpo humano. No existe un nivel seguro conocido de plomo en el cuerpo.

Los Efectos Dañosos Del Plomo

- Pequeñas cantidades de plomo en el cuerpo pueden causar
- problemas de aprendizaje y comportamiento.
- La intoxicación por plomo es una de las enfermedades ambientales más comunes en los niños de California
- Estados Unidos ha tomado muchas medidas para eliminar las fuentes de plomo, pero el plomo todavía está a nuestro alrededor.

En los Estados Unidos

- El plomo en la pintura de la casa se redujo severamente en 1978.
- La soldadura de plomo en latas de alimentos fue prohibida en la década de 1980's.
- El plomo en la gasolina se eliminó a principios de la década de 1990.



Plomos en agua de la llave

Lo único que hacer para saber si el agua de la llave tiene plomo es asíndole una prueba.



Es más probable que el agua de la llave tenga plomo si:

- Los materiales de plomería, incluidos los accesorios, la soldadura (utilizada para unir metales) o las líneas de servicio tienen plomo.
- El agua no proviene de un sistema público de agua (por ejemplo, un pozo privado).

Para reducir cualquier exposición potencial al plomo en el agua de la llave:

- Enjuague las tuberías de su casa. Deje que el agua corra por lo menos 30 segundos antes de usarla para cocinar, beber o para formula del bebe (si se usa). Si el agua no se ha utilizado durante 6 horas o más, deje que el agua corra hasta que se sienta fría (1 a 5 minutos.) *
- Utilice solamente agua fría de la llave para cocinar, beber o para formula de bebe (si se usa) Si es necesario calentar el agua, utilice agua fría y caliente el agua en la estufa o en el microondas.
- El cuidado de su plomería
El plomo no debe utilizarse para trabajos de plomería. Retire periódicamente el colador de la llave y corra el agua por 3-5 minutos. *

- Filtrar el agua- Considere el uso de un filtro de agua certificado para eliminar el plomo.



¡ADVERTENCIA!

Algunas vasijas de agua tienen plomo. No le dé agua a un niño de una vasija de agua al menos que sepa que la vasija no tiene plomo.

(*Consejo de ahorro de agua: Almacena el agua que usas y úsala para regar las plantas está agua no está destinado a tomarse.)

Para obtener información sobre cómo probar el agua en busca de plomo, visite la Agencia de Protección Ambiental en www.epa.gov/lead/protecter-a-su-familia-exposiciones-plomo o llame al (800) 426-4791.

También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud Pública de California en <https://www.cdph.ca.gov>.





Recibo Del Folleto de Envenenamiento por Plomo

He recibido una copia del Folleto de Envenenamiento por Plomo.

Nombre del padre/tutor (por favor, en mayúsculas):	
Firma del padre/tutor:	Fecha:
Nombre del/la Supervisor/a del Centro (por favor, en mayúsculas):	
Firma del/de la Supervisor/a del Centro:	Fecha: