



Querido padre,

Gracias por su interés en los programas preescolares estatales del Distrito Escolar Unido de Campbell. CUSD se enorgullece de participar en el Programa Piloto de Cuidado Infantil Subsidiado del Condado de Santa Clara. En el condado de Santa Clara, esto significa que una familia de cuatro con un ingreso mensual máximo de \$ 6,719 y un ingreso anual de \$ 80,623 ahora califica para el subsidio. Para determinar si califica para nuestro programa preescolar gratuito o de bajo costo, consulte la tabla a continuación.

**Tabla de Ingresos que Califican**

Tamaño de la familia	Ingreso Mensual	Ingresos anuales
1-2	\$5,343	\$64,120
3	\$5,802	\$69,620
4	\$6,719	\$80,623
5	\$7,794	\$93,522
6	\$8,869	\$106,422
7	\$9,070	\$108,841
8	\$9,272	\$111,259
9	\$9,473	\$113,678
10	\$9,675	\$116,096
11	\$9,876	\$118,516
12	\$10,078	\$120,934

Ofrecemos servicios preescolares de medio tiempo y de tiempo completo, gratuitos o de bajo costo a familias elegibles que viven en el Condado de Santa Clara. Nuestros programas se ubican en 6 de nuestras escuelas primarias del Distrito Escolar Unido de Campbell para niños de 3 meses a 5 años de edad. Llene la solicitud completamente y si necesita ayuda, puede llamarnos de lunes a viernes de 7:45am a 4:00pm.

Tenga en cuenta que como parte del proceso de inscripción, tendrá una cita de inscripción con un miembro del personal del preescolar.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Escuela/Salón:** \_\_\_\_\_

**Inscripción/día y fecha:** \_\_\_\_\_ **1er día de clase:** \_\_\_\_\_

**Orientación día y fecha:** \_\_\_\_\_



Para determinar su elegibilidad, proporcione copias de los siguientes documentos y complete este paquete en su totalidad y devuélvalo a una de nuestras oficinas de inscripción. Nuestras oficinas de inscripción están ubicadas en:

Rosemary Family Learning Center: 401 West Hamilton Ave. Campbell, CA. 95008

Sherman Oaks Preschool: 1800 Fruitdale Ave. San Jose, CA. 92128

### **Lista de verificación de documentos de elegibilidad (solo copias, originales no se devolverán)**

- Verificación de ingresos-** los documentos deben mostrar sus ingresos durante **los últimos 12 meses**. Todos los ingresos de los padres o tutores deben ser presentados. Esto incluye: (cualquier combinación de lo siguiente para completar 12 meses)
  - **La última declaración de impuestos (1040) o W2 con 1 mes reciente de talonarios de cheques o talones de pago por 12 meses**
  - **Aviso de acción (si recibe asistencia monetaria de CalWORKs, no de cupones de alimentos)**
  - **Prueba de SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario (si corresponde)**
  - **Ingreso por desempleo**
  - **Compensación al trabajador**
  - **Manutención de los hijos**
  - **Ingreso por discapacidad**
  - **Completado "Verificación de ingresos del empleador" (Este es un formulario que muestra las horas trabajadas y la tasa de pago)**
  
- Certificado (s) de nacimiento** (del niño/a y de todos los hijo/as menores de 18 años)
- Prueba de dirección** (es decir, una factura telefónica, factura de gas, factura del agua, etc.)
- Registros de inmunización/vacunaciones**
- Reporte del Medico y Evaluación de la tuberculosis o resultados de la prueba de tuberculosis**
- Prueba de custodia legal** (si el niño/a está en cuidado de crianza)
- Verificación de personas sin hogar** (si corresponde y si está disponible)
- IEP actual (Programa de educación individualizado) o IFSP (Plan de servicio familiar individualizado)** (si corresponde)
- El empleo de tiempo completo o la verificación de la escuela / capacitación** (si desea servicios de día completo) debe proporcionar prueba de inscripción en el curso / capacitación si está en la escuela
- Solicitud de servicios preescolares del estado completada**



## CUSD Solicitud Estatal de Servicios Preescolares

Niño (solicitante)				
Nombre de pila	Apellido	Medio	Género __ hombre __ mujer	Fecha de nacimiento  / /
Dirección de casa		Ciudad/Código Postal	Ciudad natal	País de nacimiento
¿Está el niño en cuidado de crianza?  __ Sí __ No	Etnicidad  __ Hispano/Latino  __ No/Hispano/No-Latino	Carrera  __ Asiática  __ Blanco  __ Afroamericano  __ Indio Americano/Alaskan  __ mas de una carrera  __ Isleño pacífico/Hawaiano  __ Otro: _____		
¿Tiene el niño un IEP o IFSP actual? __ Sí __ No En caso afirmativo, complete la sección de Discapacidades de esta solicitud				
Información familiar				
Idioma primario hablado en casa __ inglés __ español __ vietnamita __ otro: _____				
¿Qué idioma dominante habla su hijo? __ Inglés __ Español __ Vietnamita __ Otro: _____				
Nombre de la (s) persona (s) que tiene la custodia legal del niño		Padres / Guardianes En El Hogar  __ Un padre __ Dos padres	Dirección de correo electrónico	
Nombre del padre / tutor 1		Fecha de nacimiento	Relación con el niño	
Vive con el niño  __ Sí __ No	Estado civil  __ Se casó __ Divorciado __ Disparado __ Separado  __ Soltero	Número de teléfono primario  ( ) -	Estado de Empleo  __ Empleado __ Busco empleo  __ Desempleado __ Retirado  __ Deshabilitado __ estudiante  __ A capacitado De ____ a _____	



UNION SCHOOL DISTRICT

Nombre del padre / tutor 2	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
----------------------------	---------------------	----------------------

<b>Vive con el niño</b> ___ Sí ___ No	<b>Estado civil</b> ___ Se casó ___ Divorciado ___ Disparado ___ Separado  ___ Soltero	<b>Número de teléfono primario</b> ( ) -	<b>Estado de Empleo</b> ___ Empleado ___ Busco empleo  ___ Desempleado ___ Retirado  ___ Deshabilitado ___ estudiante  ___ A capacitado De ___ a ___
--	--	---	---

Enumere a todos los demás miembros de la familia menores de 18 años que viven en el hogar de los cuales usted es responsable de la atención y el bienestar- **NO LISTADOS ARRIBA:**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Está esta persona relacionada con los tutores del niño?	¿Esta persona es apoyada por los ingresos del tutor?
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No
		/ /	___ Sí ___ No	___ Sí ___ No

Número total de personas que viven en el hogar (incluyendo usted) para quienes brinda apoyo financiero.

**Residencia familiar**

Temporalmente en uno de los siguientes casos debido a una vivienda inadecuada, dificultades financieras o pérdida de vivienda.

Situación de vida familiar (Marque todo lo que corresponda)

\_\_\_ Abrigo                      Nombre: \_\_\_\_\_    \_\_\_ Con otro adulto (No el padre/tutor legal)

\_\_\_ Motel/Hotel              Nombre: \_\_\_\_\_    \_\_\_ la casa / apartamento de otra familia

\_\_\_ Nombre de la vivienda de transición: Nombre: \_\_\_\_\_    \_\_\_ No se aplica ninguna de las opciones

\_\_\_ Ocupación de habitación individual                                      \_\_\_ Otros,

explique: \_\_\_\_\_

Carro, remolque, o camping

\_\_\_\_\_

Garaje alquilado

Remolque alquilado, casa rodante o propiedad privada

**Elegibilidad**

Padre/Tutor 1	
Nombre	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todo lo que corresponda	
¿Usted recibe:	Monto mensual
TANF/CalWORKS	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras Fuentes de ingresos	\$ _____
Información de Empleo	
Nombre de Empleo	Teléfono del empleador ( ) -
Nombre de Empleo	Teléfono del empleador ( ) -
Periodos de pago:	
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	

Office Notes Only

Padre/Tutor 2	
Nombre	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todo lo que corresponda	
¿Usted recibe:	Monto mensual
<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras Fuentes de ingresos	\$ _____
Información de Empleo	
Nombre de Empleo	Teléfono del empleador ( ) -
Nombre de Empleo	Teléfono del empleador ( ) -
Periodos de pago:	
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	

__ Dos veces por mes __ al mes Ingreso bruto \$_____ Por _____		__ Dos veces por mes __ al mes Ingreso bruto \$_____ Por _____	
<b>Información de la escuela / entrenamiento</b> ¿Estás en la escuela o entrenando? __ Sí __ No		<b>Información de la escuela / entrenamiento</b> ¿Estás en la escuela o entrenando? __ Sí __ No	
Nombre de la escuela  Semestre / Trimestre  Fechas / / a / /	Teléfono escolar  Unidades inscritas	Nombre de la escuela  Semestre / Trimestre  Fechas / / a / /	Teléfono escolar  Unidades inscritas

Discapacidades	
¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP) con su distrito escolar local de residencia o la Oficina de educación del condado? En caso afirmativo, adjunte una copia del IEP más reciente	__ Sí __ No
¿Tiene su hijo un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP) con un programa de intervención temprana, centro regional, Oficina de Educación del Condado o Distrito Escolar? En caso afirmativo, adjunte una copia del IFSP más reciente.	__ Sí __ No
Información adicional sobre la discapacidad de su hijo u otras inquietudes sobre el desarrollo. Por favor, explique si marcó "sí" arriba.	<hr/> <hr/>

Padre/Tutor firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# 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 PASARÁ 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 LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE**

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO	

**HISTORIAL DEL DESARROLLO** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

**ENFERMEDADES EN EL PASADO** — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

**RUTINA DIARIA** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?  SÍ  NO

¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?\*

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?\*

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	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  
( )

# 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

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

2580 N. First St. #300

CIUDAD

San Jose

CÓDIGO POSTAL

95131

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

408-324-2148

SEPARÉ 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)

CUSD Preschools

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

401 W. Hamilton Ave. Campbell, Ca 95008

(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)

## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

### DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) 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 tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería 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 la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. 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:	Community Care Licensing
Dirección de la oficina de licenciamiento:	2580 N. First St. #300 San Jose, Ca 95131
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento:	408-324-2148
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA 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 inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)***

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele 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 LAS GUARDERÍAS INFANTILES” y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

CUSD Preschools

\_\_\_\_\_  
Nombre de la guardería

\_\_\_\_\_  
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](http://www.meganslaw.ca.gov)***

# INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

## 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 marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana 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>



## Acuerdo del Programa Piloto del Condado de Santa Clara (07/01/18)

El Proyecto de Subsidios para Niños del Condado de Santa Clara (el Piloto) fue diseñado para cumplir con las necesidades y metas de nuestra comunidad local. La meta del Piloto es incrementar la estabilidad de cuidado para familias al permitir períodos de certificación extendidos y permite a las familias a ser aceptadas o permanecer en el programa con ingresos mensuales brutos más altos.

### I. DURACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y NECESIDAD [Esto modifica CD 9600 Sección V(7)]

En cuanto se aprueben los servicios a través de una Notificación de Acción (NOA, por sus siglas en inglés), la duración de la certificación es la siguiente, pero no está limitado a:

- Familias Buscando Empleo, 12 meses de certificación.
- Todas las otras calificaciones puede ser otorgada por 24 meses de certificación.
- Duración puede ser afectada por límites de espacio para niños que se mueven de un programa a otro (ej. bebé a preescolar, preescolar a escuela primaria).

### II. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Familias deberán, **dentro de los treinta (30) días calendario** notificar a la oficina de inscripción:

- Si los ingresos mensuales brutos (antes de impuestos) excede la cantidad máxima permitida, esbozada abajo.

Tamaño Familiar	1 or 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ingreso Mensual	\$5,343	\$5,802	\$6,719	\$7,794	\$8,869	\$9,070	\$9,272	\$9,473	\$9,675	\$9,876	\$10,078

### III. EL DERECHO DE LA FAMILIA DE REPORTAR VOLUNTARIAMENTE LOS CAMBIOS [Titule 5 Sección 18084.2]

Las familias tienen el derecho de reportar voluntariamente los cambios si:

- Reducen los pagos para familias.
- Aumenta el servicio de la familia.
- Extiende el período de elegibilidad.

### IV. FIRMA DEL PADRE

Declaro, bajo pena de perjurio, que adheriré a los requisitos esbozados anteriormente y que toda la información proporcionada es verdadera y precisa. Entiendo que no he sido aprobado para servicios oficialmente hasta que reciba mi Notificación de Acción (NOA, por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha



Estimado/a padre, madre o tutor(a),

El programa de educación infantil de su hijo/a está participando en una iniciativa de mejoría de la calidad llamada QUALITY MATTERS... a STRONG START for kids (La calidad importa... un buen comienzo para los niños). Esta iniciativa está diseñada para apoyar al programa de su hijo/a, para que ofrezca experiencias de aprendizaje temprano de alta calidad.

Nos dedicamos a ayudar a que su proveedor de cuidado infantil mejore su práctica diaria y siga creciendo profesionalmente. Por lo tanto, tenemos que recolectar periódicamente información sobre los niños y el personal para ofrecerle el mejor apoyo a su proveedor de cuidado infantil. Se adjunta un formulario de consentimiento que le pedimos que firme, para que la información de su hijo/a se pueda compartir con el equipo/los administradores de QUALITY MATTERS. Este formulario de consentimiento le indicará qué información se está recolectando y sus derechos como padre, madre o tutor(a).

Si tiene alguna duda, por favor pregúntele a su proveedor de cuidado infantil.



## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE

*Autorización para el uso o la divulgación de la información del alumno de y para los programas de educación infantil*

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de la información del alumno personalmente identificable entre la escuela de su hijo/a, CUSD Preschools, y FIRST 5 Santa Clara County y la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara, según se establece a continuación, de manera consistente con las leyes de California y Federales relacionadas con la privacidad de tal información. Si usted autoriza la divulgación de información según se describe aquí, llene, firme y devuelva este formulario a su proveedor de cuidado infantil.

Alumno(s)

/ /

---

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
--------	----------------------------	----------	---------------------

Por la presente, yo, el abajo firmante, autorizo al preescolar del alumno indicado arriba, CUSD Preschools, a FIRST 5 Santa Clara County y a la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara a intercambiar información respecto del/de los alumno(s) indicado(s) arriba. Se intercambia la información para fines de evaluación del programa y para la planificación de los programas y servicios. La información se va a intercambiar entre el preescolar de su hijo/a, FIRST 5 Santa Clara County y la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara con el objetivo de ofrecer entornos educativos seguros, adecuados y de alta calidad, además de servicios y programas preescolares de calidad.

**La información solicitada deberá limitarse a lo siguiente:** El nombre, etnicidad, fecha de nacimiento e idioma principal de su niño/a, además de sus resultados en las herramientas de evaluación: Cuestionario 3 de Edades y Etapas, Cuestionario de Edades y Etapas: Perfil de Desarrollo Socioemocional y de Resultados Deseados (2015) y necesidades especiales (IFSP – Plan Individualizado de Servicios Familiares/IEP – Plan Individualizado de Educación), si aplica.

**Duración:** Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y seguirá en efecto mientras su hijo/a esté inscrito o hasta que el padre, madre o tutor(a) la rescinda a través de una notificación escrita.

**Restricciones a una nueva divulgación:** La ley de California prohíbe que el solicitante haga divulgaciones adicionales de la información privada para otro tercero, salvo que el solicitante obtenga otra autorización de usted, o la divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.

**Sus derechos:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y declara que los entiende al firmar este formulario de autorización. Usted puede retirar esta autorización en cualquier momento, presentando una notificación escrita firmada por usted o su representante y entregándola a la agencia/personas indicadas anteriormente. Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Aprobación:

---

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
--------------------------	-------	-------

---

Parentesco con el alumno

Código postal y teléfono

## Distrito Unido Escolar de Campbell Declaración del Bienestar

Estimados Padres/Miembros de Familia de los estudiantes Preescolares de CUSD:

Favor de leer y completar este formulario por cada miembro de familia que estará ayudando o será voluntario en los salones este año.

Todos los programas de cuidado de niños con licencia del estado de California son gobernadas por el Departamento de Servicio Sociales, División de Licencias de Cuidado Comunitario. Las reglas que cubren los centros de cuidado de niño son las Regulaciones de Título 22. Dentro las regulaciones hay una porción que indica los requisitos del personal:

### **Reg. 101216 Requisitos del Personal:**

Todo personal, incluyendo el concesionario, administrador y **voluntarios**, deben tener un bienestar saludable y tendrán que ser físicamente y mentalmente capaces de realizar los quehaceres asignados.

El bienestar físico de cada **voluntario** que trabaja o ayuda en el centro de cuidado será verificado por: la declaración firmada por cada voluntario afirmando que el/ella tiene un bienestar saludable.

\*\*\*\*\*

### **DECLARACION DEL BIENESTAR**

Entiendo que para asegurar la salud y seguridad de los niños dentro del Distrito Unido Escolar de Campbell Programa de Preescolar, y para satisfacer las Regulaciones del Título 22, todos los individuos pasando tiempo dentro de los salones deben tener en regla una Declaración del Bienestar.

Por lo tanto, firmando, estoy afirmando que he leído la información y que tengo un bienestar saludable.

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo que estoy con un bienestar saludable. Seré voluntario en el salón de preescolar como:

- Miembro de la familia \_\_\_\_\_  
Nombre del niño y parentesco hacia el niño
- Estudiante "Estudio-Trabajo"/Maestro Estudiante
- Otro voluntario

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

## PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)  
en la \_\_\_\_\_ CUSD Preschools. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)  
a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., \_\_\_\_\_ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

## PART B – PHYSICIAN’S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies: medicine: \_\_\_\_\_  
Vision: \_\_\_\_\_ Insect stings: \_\_\_\_\_  
Developmental: \_\_\_\_\_ Food: \_\_\_\_\_  
Language/Speech: \_\_\_\_\_ Asthma: \_\_\_\_\_  
Dental: \_\_\_\_\_  
Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_  
Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

### IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

#### SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).  
\_\_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician’s Assistant  Nurse Practioner

---

---

**FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:**

- \* Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- \* Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- \* Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- \* Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- \* Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- \* Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- \* Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- \* Tener anomalías en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- \* Tener evidencia clínica de TB.

---

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.