

Around the Korner Child Care Center

8800 Woodman Ave., Arleta, CA 91331 (818) 891-0200
9273 Tobias Ave., Panorama City, CA 91402 (747) 236-7012
9757 Arleta Ave., Arleta, CA 91331 (818) 890-0200
13939 Nordhoff St., Arleta, CA 91331 (818) 894-8037
14030 Nordhoff St., Arleta, CA 91331 (818) 894-2478

ENROLLMENT PACKET/ PAQUETE DE MATRICULACION

We welcome you to the Around the Korner Child Care Centers! We are thrilled you have chosen our day care/ preschool and look forward to a wonderful new school year. / **Le damos la bienvenida a los centros de Around the Korner! Estamos encantados de que haya elegido nuestra guardería/preescolar.** Esperamos que este sea un año escolar maravilloso y lleno de aprendizaje.

The attached forms should be returned to the school office no later than _____. Please make sure all of the forms are included when you return the packet. Incomplete packets will not be accepted. / **Las formas que encontrara a continuación debe entregarlas a la oficina de la escuela a más tardar el día _____.** Por favor asegúrese que todas las formas están completas, no se aceptaran paquetes incompletos.

You MUST also provide us with the following:

También DEBE proporcionarnos con lo siguiente:

- **Physician Report** - MUST be completed by your child's pediatrician. *(This form needs to be completed annually).*
Reporte Físico - Esta forma debe ser completada por el pediatra de su hijo(a). Cada año se le pedirá que complete esta forma.
- **Immunization Records/ Cartilla de Vacunas**
- **Birth Certificate** of all your children under 17 years of age / **Acta de Nacimiento** de todos sus hijos menores de 17 años de edad.
- **Copy of IEP** (Individualized Education Program) if applicable. / **Copia del Programa Educativo Individualizado** (si es aplicable)
- **Proof of Address** - any evidence of a street address or post office address in California. If you are homeless, you may submit a declaration of intent to live in California. / **Prueba de Domicilio** - cualquier evidencia de domicilio o dirección de oficina postal en California. Si no tiene hogar, puede presentar una declaración de intención de vivir en California.
- **Employment Verification/Check Stubs** (if you get paid cash, we will also need a letter from your employer stating the type of work you do, schedule, and amount and type of payment.) - **Verificación de Empleo/talones de cheques** (si recibe pago en efectivo, también necesitaremos una carta de su empleador que indique que le paga en efectivo, el tipo de trabajo que realiza, el horario de trabajo y el monto/tipo del pago.)

We look forward to working together with you to ensure a successful school experience for you and your child. Please feel free to contact us if you have any questions. / **Esperamos trabajar en equipo con usted para garantizar una experiencia escolar exitosa para usted y su hijo(a).** Por favor, siéntase libre de contactarnos si tiene alguna pregunta.

REQUISITO DE SOLICITUD PARA PROGRAMA DE DIA COMPLETO (Inscripción Inicial)

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil subsidiados, debe llevar la siguiente documentación a su cita de certificación:

VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD – Se debe proporcionar documentación para 1 o más de estas categorías

- ☐ Carta de Referencia de CPS o En Riesgo
- ☐ Autoidentificación de la Falta de Vivienda o Carta de Referencia de Personas Sin Hogar
- ☐ Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport for Services)
- ☐ Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- ☐ Verificación de Ingresos
 - ☐ Autorización para Divulgar Información de Empleo (si corresponde)
 - ☐ Notificación a Los Padres: Requisito Para Reportar Ingresos por Encima del Umbral del 85%
 - ☐ Documentación de ingresos de todos recursos
 - Ingresos Predecibles: Ingresos brutos para el mes anterior
 - Ingresos Impredecibles: Ingresos brutos de los 3 a 12 meses anteriores
 - Si el empleo es de temporada, agrícola, incluye bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingresos

VERIFICACION DEL TAMAÑO FAMILIAR – Se debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos para TODOS los niños contados en el tamaño familiar:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Passport for Services del Departamento de Bienestar del condado
- ☐ Documentos de adopción o registros de colocación en el cuidado de crianza temporal
- ☐ Ordenes judiciales relativas a la custodia o tutela de los niños

VERIFICACION DE LA RESIDENCIA – Prueba de que vive en el Estado de California

- ☐ Cualquier evidencia de su dirección postal o buzón de correos con fecha de los últimos 30 días

NECESIDAD Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. La documentación para establecer la necesidad es la siguiente:

- ☐ Verificación de Empleo
- ☐ Declaración de Autoempleo y documentos de apoyo
- ☐ Verificación de Capacitación y Horario de Clases
- ☐ Verificación del Programa Educativo
- ☐ Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- ☐ Declaración de Incapacidad
- ☐ Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- ☐ Carta de referencia de CPS, En Riesgo o para personas sin hogar

OTRO

- ☐ Solicitud y Remisión de Necesidades Familiares
- ☐ Identificación e Información de Emergencia para cada niño inscrito
- ☐ Registro de Inmunización para cada niño inscrito
- ☐ Si aplica, Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP)
- ☐ Si aplica, Ordenes judiciales si afectan los días/horas de cuidado de niños

SE REQUIERE AL TIEMPO DE INSCRIPCION - Si se selecciona para la inscripción, se requiere lo siguiente:

- ☐ Historial Médico Previo a la Admisión del Niño- Informe de Padre (LIC 702)
- ☐ Informe del Médico (LIC 701)
- ☐ Formulario de Derechos de los Padres (LIC 995A)
- ☐ Formulario de Derechos Personales (LIC 613A)
- ☐ Formulario de Consentimiento Para el Tratamiento Médico de Emergencia (LIC 627)

NOTA: Si su paquete no está completo en la fecha de su cita, no podemos aceptarlo

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL ESPECIALISTA DE INSCRIPCIÓN AL (818) 894-2478

Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (Los Angeles Centralized Eligibility List)
 Un Programa del Comité de planificación de cuidado infantil del condado de Los Ángeles

Formulario de registro

Introducción.

El Comité de planificación de cuidado infantil del condado de los Ángeles (CCPC, por sus siglas en inglés), creó la Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (LACEL, por sus siglas en inglés) para ayudar a conectar a las familias de bajos recursos con subsidios de cuidado y desarrollo infantil a medida que aumenta la disponibilidad de espacios y financiamiento para el cuidado y desarrollo infantil subsidiado. Al llenar este formulario, usted se estará registrando en la LACEL. La información que proporcione en este formulario ayudará a determinar su elegibilidad para recibir subsidio de cuidado infantil. El registro en la LACEL permite que un programa de cuidado y desarrollo infantil se comunique con usted si y cuando hubiera disponibilidad de espacio para el cuidado infantil subsidiado. En ese momento, el personal del programa verificará la información que usted proporcionó en este formulario para asegurarse de que usted es elegible antes de invitarlo a que inscriba a su hijo. Toda la información se maneja de forma confidencial.

Para obtener más información sobre la LACEL, comuníquese con la Oficina de cuidado infantil de Los Ángeles al (213) 974-1664 o visite el sitio Web en www.childcare.lacounty.gov.

LLENE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO		Fecha de solicitud:	
Información del padre/tutor No. 1			
Apellido:		Primer nombre:	
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo/otro:	Idioma materno:	
Nombre del empleador/escuela:		Código postal de trabajo /escuela:	
Indique si su hogar es una ☐ Familia con 1 padre/madre ☐ Familia con dos padres			
Información del padre/tutor No. 2 <i>(Llenar únicamente si hay otro padre/tutor que vive en la misma casa).</i>			
Apellido:		Primer nombre:	
Nombre del empleador/escuela:		Código postal de trabajo /escuela:	Teléfono de trabajo/otro:
Razón de la necesidad de cuidado infantil <i>(Marque todas las que aplican).</i>			
	Padre/tutor No. 1	Padre/tutor No. 2	
Trabaja	☐	☐	
Asiste a la escuela o está en capacitación laboral	☐	☐	
Médicamente discapacitado/inválido	☐	☐	
En busca de trabajo	☐	☐	
Sin hogar/en busca de vivienda	☐	☐	
Trabajador migrante	☐	☐	
Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño	☐	☐	
Participación en CalWORKs <i>(Ayuda financiera)</i>			
¿Recibe actualmente ayuda financiera? ☐ Sí ☐ No	Si NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No	Si su respuesta es Sí, anote la última fecha del pago de ayuda financiera ____/____/____	

Encuesta del Idioma en el Hogar

Surname/Family Name of Student: _____

First Given Name of Student: _____

Second Given Name of Student: _____

Age of Student: _____ Grade Level of Student: _____

Teacher Name: _____

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

Instrucciones para padres y tutores:

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

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

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____

2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____

3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____

4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

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

Firma del padre/madre o tutor _____

Fecha _____

Información suplementaria

**AROUND THE
KORNER**
A Center For School-Age Enrichment

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL NIÑO

Nombre legal completo del niño:

Fecha de nacimiento:

País de nacimiento:

Estado de nacimiento:

Ciudad de nacimiento:

¿Cuál es el género de su hijo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) para Educación Especial? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo es hispano? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la(s) raza(s) de su hijo? Marque todo lo que aplique

☐ Indio americano o nativo de Alaska: América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario

☐ Negro o Afroamericano: Grupos raciales negros de África

☐ Blanco: Europa, Oriente Medio o el norte de África

☐ Asiático: Extremo Oriente, Sudeste Asiático, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia o Vietnam

☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico

¿Beneficiario de CalWORKs? Marcar solo 1

☐ Ayuda en efectivo para adultos y niños

☐ Ayuda en efectivo para niños

☐ Servicios de desviación

☐ Ninguno

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LOS PADRES/TUTORES

¿Cuál es la forma de comunicación preferida de su familia? ☐ Correo electrónico ☐ Correo

Dirección postal:

Nombre completo del padre/tutor A:

Correo electrónico:

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor A? Marcar solo 1

☐ Título de posgrado o superior

☐ Graduado universitario

☐ Algún título universitario o de asociado

☐ Graduado de la escuela secundaria

☐ No graduado de la escuela secundaria

☐ Niega responder

Nombre completo del padre/tutor B:

Correo electrónico:

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor B? Marcar solo 1

☐ Título de posgrado o superior

☐ Graduado universitario

☐ Algún título universitario o de asociado

☐ Graduado de la escuela secundaria

☐ No graduado de la escuela secundaria

☐ Niega responder

Boletín de Administración 23-03 -- Apéndice B

Entrevista de lenguaje e interés familiar

Propósito y formular

El propósito de esta entrevista es para apoyar a la construcción de relaciones con familias con niños identificados como aprendiz de idioma dual y aprender más sobre las experiencias de cada niño con el lenguaje. Cuando los adultos entienden las experiencias pasadas de los niños con el o los idioma(s), ellos pueden fortalecer esas experiencias y apoyar mejor el desarrollo de los niños.

La entrevista está diseñada para que las familias se sientan comfortable al responder preguntas sobre su hijo o hija y para que el programa comparta los beneficios del multilingüismo, así como para apoyar a las familias a continuar desarrollando el idioma natal de sus hijos en el hogar. La entrevista incluye algunos recursos sobre los beneficios del multilingüismo que deben compartir con las familias.

La entrevista también apoyará al contratista en:

- Construir una relación y la confianza con los miembros de la familia del niño
- Aprender sobre las experiencias pasadas de los niños con el/los idioma(s) para apoyar mejor a su progreso y desarrollo óptimos en nuestro programa
- Ayudar a las familias a comprender los beneficios del multilingüismo y el importante papel de la lengua natal en el apoyo al desarrollo del inglés
- Apoyar a las familias a continuar desarrollando el idioma natal de sus hijos en el hogar
- Tener una mejor comprensión de los diferentes idiomas y culturas en el salón para tomar decisiones en todo el programa sobre los recursos (por ejemplo, comprar libros en los diferentes idiomas representados por los niños y las familias)

La información de las entrevistas con las familias se utilizará para informar el currículo del programa, las estrategias utilizadas en el ambiente de aprendizaje, el desarrollo profesional y para fortalecer las asociaciones familiares, buscando mejorar el apoyo a los aprendiz de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés). Es importante tener en cuenta, como lo requiere la Sección 8241.5 del Código de educación, que la identificación aprendiz de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés) les servirá solo en preescolar y es diferente a cualquier proceso de identificación o apoyo de programa que un niño pueda recibir más tarde como aprendiz de inglés en el Kínder Transicional (TK) o Kínder.

- La lengua materna es fundamental para desarrollar el dominio de otros idiomas. Cuando un niño tiene una base sólida en la lengua materna le es más fácil aprender inglés.
- El multilingüismo está asociado con beneficios en el desarrollo cognitivo y socioemocional, el rendimiento académico y la ampliación de futuras oportunidades de carrera.
- De acuerdo con las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, el desarrollo temprano tanto del inglés como la lengua materna es fundamental para el éxito académico.

Se incluyen información y recursos adicionales para los padres de familia al final de este documento y al final del MB 23-03.

Preguntas de la entrevista del lenguaje e interés familiar

- 1.) **¿Cuáles son los intereses y actividades favoritas de su hijo o hija? (Por ejemplo, ¿su hijo tiene cuentos, libros y canciones favoritas?)**
- 2.) **¿Cuáles son algunas fortalezas que usted ve en su hijo o hija y sobre las que podemos construir? (Por ejemplo, ¿le gusta construir cosas, hacer arte, etc.)?**
- 3.) **¿Cómo podemos ayudar a apoyar el lenguaje y el desarrollo de su hijo o hija en el hogar? (Por ejemplo, libros para leer en casa, materiales, ideas de actividades)**
- 4.) **A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y son capaces de aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en casa?**
- 5.) **Queremos apoyar de la mejor manera al desarrollo del lenguaje de su hijo y entender qué idioma(s) hablan con los miembros de la familia. ¿Qué idioma(s) habla su hijo con sus hermanos, abuelos y otros miembros de la familia?**
- 6.) **¿Qué idioma(s) habla más su hijo en general? Esto sería dentro y fuera de la casa, combinados.**

Around the Korner Child Care Center

8800 Woodman Ave., Arleta, CA 91331 (818) 891-0200
 9273 Tobias Ave., Panorama City, CA 91402 (747) 236-7012
 9757 Arleta Ave., Arleta, CA 91331 (818) 890-0200
 13939 Nordhoff St., Arleta, CA 91331 (818) 894-8037
 14030 Nordhoff St., Arleta, CA 91331 (818) 894-2478

ENROLLMENT PACKET/ PAQUETE DE MATRICULACION

We welcome you to the Around the Korner Child Care Centers! We are thrilled you have chosen our day care/ preschool and look forward to a wonderful new school year. / **Le damos la bienvenida a los centros de Around the Korner! Estamos encantados de que haya elegido nuestra guardería/preescolar. Esperamos que este sea un año escolar maravilloso y lleno de aprendizaje.**

The attached forms should be returned to the school office no later than _____. Please make sure all of the forms are included when you return the packet. Incomplete packets will not be accepted. / **Las formas que encontrara a continuación debe entregarlas a la oficina de la escuela a más tardar el día _____.** Por favor asegúrese que todas las formas están completas, no se aceptaran paquetes incompletos.

You MUST also provide us with the following:

También DEBE proporcionarnos con lo siguiente:

- **Physician Report** - MUST be completed by your child's pediatrician. *(This form needs to be completed annually).*
Reporte Físico - Esta forma debe ser completada por el pediatra de su hijo(a). Cada año se le pedirá que complete esta forma.
- **Immunization Records/ Cartilla de Vacunas**
- **Birth Certificate** of all your children under 17 years of age / **Acta de Nacimiento** de todos sus hijos menores de 17 años de edad.
- **Copy of IEP** (Individualized Education Program) if applicable. / **Copia del Programa Educativo Individualizado** (si es aplicable)
- **Proof of Address** - any evidence of a street address or post office address in California. If you are homeless, you may submit a declaration of intent to live in California. / **Prueba de Domicilio** - cualquier evidencia de domicilio o dirección de oficina postal en California. Si no tiene hogar, puede presentar una declaración de intención de vivir en California.
- **Employment Verification/Check Stubs** (if you get paid cash, we will also need a letter from your employer stating the type of work you do, schedule, and amount and type of payment.) - **Verificación de Empleo/talones de cheques** (si recibe pago en efectivo, también necesitaremos una carta de su empleador que indique que le paga en efectivo, el tipo de trabajo que realiza, el horario de trabajo y el monto/tipo del pago.)

We look forward to working together with you to ensure a successful school experience for you and your child. Please feel free to contact us if you have any questions. / **Esperamos trabajar en equipo con usted para garantizar una experiencia escolar exitosa para usted y su hijo(a).** Por favor, siéntase libre de contactarnos si tiene alguna pregunta.

REQUISITO DE SOLICITUD PARA PROGRAMA DE DIA COMPLETO (Inscripción Inicial)

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil subsidiados, debe llevar la siguiente documentación a su cita de certificación:

VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD – Se debe proporcionar documentación para 1 o más de estas categorías

- ☐ Carta de Referencia de CPS o En Riesgo
- ☐ Autoidentificación de la Falta de Vivienda o Carta de Referencia de Personas Sin Hogar
- ☐ Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport for Services)
- ☐ Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- ☐ Verificación de Ingresos
 - ☐ Autorización para Divulgar Información de Empleo (si corresponde)
 - ☐ Notificación a Los Padres: Requisito Para Reportar Ingresos por Encima del Umbral del 85%
 - ☐ Documentación de ingresos de todos recursos
 - Ingresos Predecibles: Ingresos brutos para el mes anterior
 - Ingresos Impredecibles: Ingresos brutos de los 3 a 12 meses anteriores
 - Si el empleo es de temporada, agrícola, incluye bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingresos

VERIFICACION DEL TAMAÑO FAMILIAR – Se debe proporcionar al menos 1 de los siguientes documentos para TODOS los niños contados en el tamaño familiar:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Passport for Services del Departamento de Bienestar del condado
- ☐ Documentos de adopción o registros de colocación en el cuidado de crianza temporal
- ☐ Ordenes judiciales relativas a la custodia o tutela de los niños

VERIFICACION DE LA RESIDENCIA – Prueba de que vive en el Estado de California

- ☐ Cualquier evidencia de su dirección postal o buzón de correos con fecha de los últimos 30 días

NECESIDAD Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. La documentación para establecer la necesidad es la siguiente:

- ☐ Verificación de Empleo
- ☐ Declaración de Autoempleo y documentos de apoyo
- ☐ Verificación de Capacitación y Horario de Clases
- ☐ Verificación del Programa Educativo
- ☐ Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- ☐ Declaración de Incapacidad
- ☐ Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- ☐ Carta de referencia de CPS, En Riesgo o para personas sin hogar

OTRO

- ☐ Solicitud y Remisión de Necesidades Familiares
- ☐ Identificación e Información de Emergencia para cada niño inscrito
- ☐ Registro de Inmunización para cada niño inscrito
- ☐ Si aplica, Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP)
- ☐ Si aplica, Ordenes judiciales si afectan los días/horas de cuidado de niños

SE REQUIERE AL TIEMPO DE INSCRIPCION - Si se selecciona para la inscripción, se requiere lo siguiente:

- ☐ Historial Médico Previo a la Admisión del Niño- Informe de Padre (LIC 702)
- ☐ Informe del Médico (LIC 701)
- ☐ Formulario de Derechos de los Padres (LIC 995A)
- ☐ Formulario de Derechos Personales (LIC 613A)
- ☐ Formulario de Consentimiento Para el Tratamiento Médico de Emergencia (LIC 627)

NOTA: Si su paquete no está completo en la fecha de su cita, no podemos aceptarlo

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL ESPECIALISTA DE INSCRIPCION AL (818) 894-2478

Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (Los Angeles Centralized Eligibility List)
Un Programa del Comité de planificación de cuidado infantil del condado de Los Ángeles

Formulario de registro

Introducción.

El Comité de planificación de cuidado infantil del condado de los Ángeles (CCPC, por sus siglas en inglés), creó la Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (LACEL, por sus siglas en inglés) para ayudar a conectar a las familias de bajos recursos con subsidios de cuidado y desarrollo infantil a medida que aumenta la disponibilidad de espacios y financiamiento para el cuidado y desarrollo infantil subsidiado. Al llenar este formulario, usted se estará registrando en la LACEL. La información que proporcione en este formulario ayudará a determinar su elegibilidad para recibir subsidio de cuidado infantil. El registro en la LACEL permite que un programa de cuidado y desarrollo infantil se comuniquen con usted si y cuando hubiera disponibilidad de espacio para el cuidado infantil subsidiado. En ese momento, el personal del programa verificará la información que usted proporcionó en este formulario para asegurarse de que usted es elegible antes de invitarlo a que inscriba a su hijo. Toda la información se maneja de forma confidencial.

Para obtener más información sobre la LACEL, comuníquese con la Oficina de cuidado infantil de Los Ángeles al (213) 974-1664 o visite el sitio Web en www.childcare.lacounty.gov.

LLENE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO		Fecha de solicitud:	
Información del padre/tutor No. 1			
Apellido:		Primer nombre:	
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo/otro:	Idioma materno:	
Nombre del empleador/escuela:		Código postal de trabajo /escuela:	
Indique si su hogar es una ☐ Familia con 1 padre/madre ☐ Familia con dos padres			
Información del padre/tutor No. 2 <i>(Llenar únicamente si hay otro padre/tutor que vive en la misma casa).</i>			
Apellido:		Primer nombre:	
Nombre del empleador/escuela:		Código postal de trabajo /escuela:	Teléfono de trabajo/otro:
Razón de la necesidad de cuidado infantil <i>(Marque todas las que aplican).</i>			
	Padre/tutor No. 1	Padre/tutor No. 2	
Trabaja	☐	☐	
Asiste a la escuela o está en capacitación laboral	☐	☐	
Médicamente discapacitado/invalído	☐	☐	
En busca de trabajo	☐	☐	
Sin hogar/en busca de vivienda	☐	☐	
Trabajador migrante	☐	☐	
Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño	☐	☐	
Participación en CalWORKs <i>(Ayuda financiera)</i>			
¿Recibe actualmente ayuda financiera? ☐ Sí ☐ No	Si NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No	Si su respuesta es SÍ, anote la última fecha del pago de ayuda financiera ____/____/____	

INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA

GUARDERIAS 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	TELEFONO
					()
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO	
					()
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR
NOMBRE DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO	
					()
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR	TELEFONO DEL TRABAJO
				()	()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/RELACION

MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO
			()
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO
			()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA ☐ OTRA EXPLICACION: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA GUARDERIA/HOGAR

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

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA GUARDERIA O LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

Encuesta del Idioma en el Hogar

Surname/Family Name of Student: _____

First Given Name of Student: _____

Second Given Name of Student: _____

Age of Student: _____ Grade Level of Student: _____

Teacher Name: _____

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

Instrucciones para padres y tutores:

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

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

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____

2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____

3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* _____

4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* _____

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

Firma del padre/madre o tutor _____

Fecha _____

Información suplementaria



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL NIÑO

Nombre legal completo del niño:

Fecha de nacimiento:

País de nacimiento:

Estado de nacimiento:

Ciudad de nacimiento:

¿Cuál es el género de su hijo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) para Educación Especial? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo es hispano? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la(s) raza(s) de su hijo? Marque todo lo que aplique

☐ Indio americano o nativo de Alaska: América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario

☐ Negro o Afroamericano: Grupos raciales negros de África

☐ Blanco: Europa, Oriente Medio o el norte de África

☐ Asiático: Extremo Oriente, Sudeste Asiático, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia o Vietnam

☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico

¿Beneficiario de CalWORKs? Marcar solo 1

☐ Ayuda en efectivo para adultos y niños ☐ Ayuda en efectivo para niños ☐ Servicios de desviación ☐ Ninguno

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LOS PADRES/TUTORES

¿Cuál es la forma de comunicación preferida de su familia? ☐ Correo electrónico ☐ Correo

Dirección postal:

Nombre completo del padre/tutor A:

Correo electrónico:

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor A? Marcar solo 1

☐ Título de posgrado o superior
☐ Graduado universitario
☐ Algún título universitario o de asociado

☐ Graduado de la escuela secundaria
☐ No graduado de la escuela secundaria
☐ Niega responder

Nombre completo del padre/tutor B:

Correo electrónico:

¿Qué es el nivel educativo más alto del padre/tutor B? Marcar solo 1

☐ Título de posgrado o superior
☐ Graduado universitario
☐ Algún título universitario o de asociado

☐ Graduado de la escuela secundaria
☐ No graduado de la escuela secundaria
☐ Niega responder

PLAN DE SERVICIO Y NECESIDADES DEL NIÑO(A)

INFORMACION DE LA FAMILIA	
Nombre del Niño(a) :	Nombre del Padre o Madre:
Domicilio:	
Telefono del Hogar:	Correo Electronico:
Telefono de Celular:	Correo Electronico:
Le gustaria recibir nuestro boletin informativo por correo electronico?: Si ☒ No ☐	
Numero de Hermanos:	Edad de los Hermanos::
INFORMACION SOBRE LA COMIDA	
Tiene su hijo(a) alguna alergia, restricciones de comida o problemas medicos?	
Cuales son algunas de las comidas favoritas de su hijo(a):	
INFORMACION SOBRE EL BANO	
Esta su hijo entrenado para ir al baño?	Si ☐ No ☐
Es su hijo totalmente independiente en el baño?	Si ☐ No ☐
INFORMACION DE LA SIESTA	
Su hijo(a) toma la siesta?	☐ Yes ☐ No
HABILIDADES DE AUTOAYUDA	
Puede su hijo(a) cambiarse de ropa solo(a)?	☐ Si ☐ No
Si contesto no, con que es lo que ocupa ayuda?	
INTERESES Y ACTIVIDADES	
Cuales son las actividades favoritas de su hijo(a)?:	
METAS EDUCACIONALES	
Existen algunas areas de dificultad para su hijo en las cuales a usted le gustaría trabajaramos con el?	
Quien lo(a) refirió a este servicio?	
Use este espacio y el reverso de este formulario para anotar cualquier información adicional que considere nos sera útil para cuidar a su hijo(a).	

Around the Korner Child Care Centers

RESTRICCION DE COMIDA Y NOTIFICACION DE ALERGIAS

INFORMACION				
Nombre de su hijo(a):			Fecha:	
Nombre del Padre/Madre:				
Nombre del Doctor:			Numero de Telefono:	
SECCION DE INFORMACION DE ALERGIA				
Tiene su hijo algun tipo de alergias?			☐ Si ☐ No	
Si contesto sí, por favor indique que tipo de alergias:				
Medicina ☐	Polen ☐	Piel ☐	Comida ☐	Otro ☐
Tipo de Alergia:			Reaccion:	
Tipo de Alergia:			Reaccion:	
Tipo de Alergia:			Reaccion:	
Tipo de Alergia:			Reaccion:	
SCHOOL ALLERGY INFORMATION SECTION				
Tiene su hijo(a) alergia a algun tipo de comida?				
Si es alergico(a) a la leche, esto incluye: (marque todo lo que corresponda):				
Leche ☐	Leche Fresca ☐	Queso ☐	Yogurt ☐	Leche cocinada en recetas ☐
Tiene su hijo(a) restricciones de alguna comida?			☐ Si ☐ No	
Si contesto sí, por favor indique que tipo de restricciones son. Sea específico(a) respecto a los alimentos que su hijo(a) no puede comer.				
Motivo de la restricción de alimentos	Alergia ☐	Religion ☐	Dieta Alternativa ☐	

CONSENTIMIENTO PARA REVISIONES, OBSERVACIONES, FOTOGRAFIA Y VIDEO

Nombre del Niño(a): _____

Nombre del Padre o Guardián: _____

PROPOSITO

El propósito de todas las observaciones de detección que se enumeran a continuación es identificar a los niños en necesidad de intervención médica o educativa especial. Su consentimiento para estos servicios nos ayudará a ayudarlo a encontrar cuidado continuo competente si es necesario y lo asistiremos en la búsqueda de atención continua competente si es necesario y ayudará a nuestro personal en proporcionar experiencias seguras y positivas para su hijo. Se le pedirá que firme un consentimiento por separado para cualquier prueba especializada adicional por parte de los consultores.

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

Yo doy mi consentimiento para que se realicen los siguientes servicios mientras mi hijo está matriculado en los centros de Around the Korner. Por favor, ponga sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones a las que da su consentimiento.

OPCIONES DE REVISION	
Revisiones de salud (altura y peso)	Iniciales del padre o guardián:
Revisión/observación de desarrollo (para asesorar los niveles pre-académicos, auto-ayuda, motriz, social, y habilidad de lenguaje).	Iniciales del padre o guardián:
Evaluación de Conducta (evaluación del desarrollo social y emocional)	Iniciales del padre o guardián:
FOTOGRAFIA Y VIDEO	
Fotografías durante horas o eventos de escuela y/o excursiones (puede que se usen para publicidad, boletín informativo de la escuela, medios de comunicación social y excursiones).	Iniciales del padre o guardián:
Grabación de Video (eventos especiales, desfiles o programas escolares)	Iniciales del padre o guardián:

AUTORIZACION

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Director o Representante de la Escuela: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FOTO Y VIDEO

En ocasiones, los centros de cuidado infantil Around the Korner pueden tener la oportunidad de fotografiar o grabar a usted o a los niños que participan en este programa.

Como padre de un niño inscrito en los centros de cuidado infantil Around the Korner, acepto lo siguiente;

Entiendo que mi hijo, cuyo nombre se encuentra a continuación, puede ser fotografiado(a) en los Centros de Cuidado Infantil de Around the Korner durante las horas normales de preescolar, excursiones o actividades escolares.

Entiendo que estas fotografías se pueden usar en los boletines escolares, el sitio web de la escuela, la página de Facebook de los Centros de Cuidado Infantil Around the Korner, o se pueden utilizar para marketing y/o materiales promocionales.

El nombre de mi hijo(a) es: _____, y su fecha de nacimiento es: _____ y asiste(ira) a los centros de cuidado infantil Around the Korner.

Sí, confirmo que he leído y comprendido lo anterior, y acepto que la foto de mi hijo(a) se publique en el sitio web de Around the Korner, en la página de Facebook y en el boletín informativo de la escuela o tal vez se utilice con fines de marketing/promoción. Al firmar, entiendo que todas las fotos y videos que se tomen de mí o de mi hijo(a) se convertirán en propiedad de los centros de cuidado infantil Around the Korner. No recibiré ninguna compensación monetaria por el uso de estas imágenes. No puedo reclamar lesiones por el uso de las imágenes, ni solicitar el pago de ningún tipo en los centros de cuidado infantil Around the Korner o sus empleados.

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Relación con el/la niño(a)

Fecha

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

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

()

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?		FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO

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

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	MESES	EMPEZO A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

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

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomiélitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de diez días (Rubeola)	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de tres días (Rubella)	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SI ☐ NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS 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 QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)		¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
DESAYUNO		DESAYUNO
ALMUERZO		ALMUERZO
CENA		CENA

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?
--	--

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

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

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	

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

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

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

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

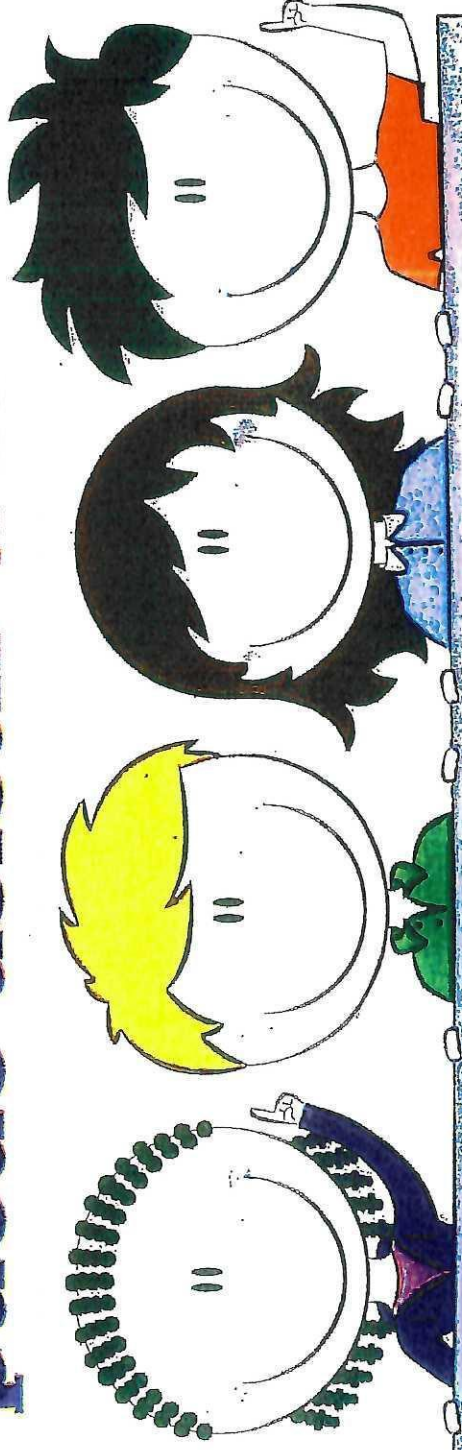
¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA

**¿No está vacunado?
¿No tiene comprobantes?
No puede asistir a la escuela.**



**No se admitirá a los niños a menos
que se presente el
comprobante de vacunación y
las vacunas estén al día*.**

**Avisenos si su hijo(a) no está vacunado(a) por motivos médicos.*

Visite ShotsForSchool.org para acceder información sobre los requisitos de vacunación, una herramienta de búsqueda interactiva de escuelas, materiales de implementación para las escuelas y materiales educativos para padres.



CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA PRE-KINDER

Antes de ingresar, cada niño debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
DTaP #2, #3	4 semanas después de la dosis anterior	8 semanas después de la dosis anterior
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
Hib #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y al menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis

ADMITA CONDICIONALMENTE a cualquier niño que le falte la documentación para la admisión incondicional si el niño:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su edad (tabla en la 1ra página) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Es menor de 18 meses de edad y ha recibido todas las vacunas requeridas para su edad (tabla en la 1ra página) pero necesitará recibir vacunas adicionales requeridas cuando sea más grande (por ejemplo, durante cada punto de control según la edad del niño) o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

La **asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el niño recibió las vacunas requeridas restantes. El pre-kinder debe informar al padre o tutor de la fecha en que el niño tiene que completar todas las vacunas restantes.

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA



Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: [MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov](https://myvaccinerecord.cdph.ca.gov). (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7^a a 12^a grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7^a grado.

Los alumnos que ingresan al 7^a grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

☐ **Varicela —2 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y las vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles [sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad \(https://bit.ly/VacunasPorEdad\)](https://bit.ly/VacunasPorEdad) y [dónde puede vacunar a su hijo \(https://bit.ly/wheretogoCA\)](https://bit.ly/wheretogoCA). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

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

PORTE 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 _____, 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: medicines:

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/ DTaP (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 _____

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		
PALMDALE REGIONAL OFFICE		
DIRECCIÓN		
1605 E. PALMDALE BLVD., SUITE A		
CUIDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
PALMDALE	93550	661-789-6944

SEPRE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/Niño O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL Niño

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

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

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
Around the Corner Child Care Centers	
(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 LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños están bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. *(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1º de enero de 2001.)*
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte,
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
 Nombre de la oficina de licenciamiento: PALMDALE REGIONAL OFFICE
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 1605 E Palmdale Blvd. Suite A Palmdale, CA 93550
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: 661-789-6944
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (bond) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

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

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

LIC 995A (SP) (8/08)

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

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

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

 Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

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

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

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

Queridos Padres de Familia/Guardianes:

A la mayoría de padres de familia "les sorprende" cuando se les llama para que vengan por sus hijos y dicen que no saben nada sobre nuestra póliza de enfermedad. Al iniciar en nuestro programa cada padre de familia recibe un manual para padres de familia. **USTED** es responsable de leer todas las pólizas del estado que se especifican en dicho manual. Su firma abajo consta de que usted está de acuerdo a cumplir esta póliza.

POLIZA DE ENFERMEDAD

Para mantener la salud de todos los niños y miembros del centro, nosotros pedimos que los padres observen las siguientes pautas:

- Los niños con resfriado deben ser mantenidos en casa dos o tres días durante el periodo más contagioso.
- El moco nublado de la nariz indica que el niño(a) debe quedarse en casa. Cuando el moco ya esté claro, el niño(a) puede regresar.
- Niños(as) con fiebre, diarrea, vomito, infección de ojo, condiciones contagiosas de la piel, tos persistente y/o congestionada deben abstenerse de venir al centro.
- Los niños(as) deben estar libres de síntomas por 24 horas antes de que puedan regresar al centro.
- Si su niño llega a enfermarse en el centro, usted será notificado y se le pedirá que venga a recogerlo(a) dentro de un periodo de 30 minutos. POR FAVOR mantenga sus números de teléfono al corriente)
- Si su hijo(a) se fue a casa por motivo de enfermedad, él/ella no puede regresar al centro durante 24 horas.
- **NOSOTROS NO ACEPTAMOS NOTA DEL DOCTOR ANTES DEL PLAZO DE 24 HORAS**
- El padre/guardián firmara una nota de ausencia al traer el niño(a) a su regreso al centro después de cualquier ausencia debido a enfermedad. Usted debe indicar porque el niño estuvo fuera: fiebre, sarpullido, diarrea, gripe, infección de oreja, etc. El solamente escribir "enfermo" no es aceptable, por favor sea específico(a).
- Se requerirá una nota del doctor tras ausencia de 5 días o más.

Entiendo y estoy de acuerdo en la póliza de enfermedad para mi hijo(a): _____
(Nombre de su hijo/a)

Firma del padre o guardián

Fecha

Firma del departamento de la oficina

Fecha

AROUND THE KORNER CHILD CARE CENTERS ACUERDO DE ADMISION

Documentos Sobre la Admisión

1. Paquete de inscripción _____ (Inicial)
2. Política de no discriminación _____ (Inicial)
3. Guía para padres de familia _____ (Inicial)
4. Calendario y días de cierre _____ (Inicial)

Política de No Discriminación

Around the Korner Child Care Center, no discrimina en base al sexo, orientación sexual, el género, identificación de grupo étnico, raza, descendencia, origen nacional, religión, color, incapacidad mental o física. Si usted cree que usted ha sido discriminado por cualquier razón, por favor contacte al Director Ejecutivo y coménteles sus inquietudes para que el problema se pueda resolver. _____ (Inicial)

Crédito Sobre Vacaciones y Días Festivos

No se dará crédito en los pagos de colegiatura o cualquier otro honorario durante días festivos programados o vacaciones. _____ (Inicial)

Póliza de Pagos Tarde

El horario de operación de Around the Korner Child Care Center es de Lunes a Viernes de 6:30 a.m. a 6:00 p.m. Cuando llegue tarde, se le requerirá que firme la forma de Llegadas Tardías, usted será requerido a firmar y fechar la forma de pago por llegar tarde. Los pagos son los siguientes:

Pago Tarde: \$15.00 por los primeros 15 minutos (1 a 14 minutos = \$15)

Pago Tarde: después de los primeros 15 minutos se le cobrará \$1.00 por minuto)

Este pago se hace el mismo día que usted recoge tarde a su hijo(a) y deberá ser pagado **EN EFECTIVO**. Si la multa no se paga, su hijo(a) no será aceptado en el centro. Una vez que el pago se haya hecho su hijo(a) puede volver al centro. Si usted recoge tarde a su hijo(a) 3 veces, o mas, esto causará que AKCCC cancele el cuidado de su hijo(a) **SIN EXCEPCIONES**. _____ (Inicial)

Pago en Caso de Terminación del Programa

Es OBLIGATORIO para todos los padres de familia que nos informen y nos proporcionen una carta con dos semanas de anticipación cuando ya no requieran más de nuestros servicios. Si no se nos da un aviso con dos semanas de anticipación, usted se hará responsable de pagarle al centro la colegiatura de este periodo. **NO SE HARAN EXCEPCIONES**. _____ (Inicial)

Yo, el padre de _____ reconozco que he recibido, leído, y
(Nombre del niño)

completado según mi conocimiento, los documentos que me fueron proporcionados por AKCCC. El día de admisión de mi hijo(a) al centro es el _____
(Fecha)

Firma del Padre

Fecha

**Entrenamiento para
personas bajo
mandato de reportar
(mandated reporters)
y otras personas**

Ahora está disponible
electrónicamente entrenamiento
grabado para personas bajo mandato
de reportar (*mandated reporters*) u
otras personas que tienen interés en
reportar el abuso o descuido de
niños. Este entrenamiento se ofrece
con fondos de la Oficina para la
Prevención del Abuso de Niños del
Departamento de Servicios Sociales
de California. El entrenamiento se
puede encontrar en:

www.mandatedreporter.ca.com

Para los números de teléfono de las
líneas de información/emergencia de
las oficinas de servicios para la
protección de niños de los condados
de California, vaya a:

[www.childsworld.ca.gov/
raa/pdf/CPSEmergNumbers.pdf](http://www.childsworld.ca.gov/raa/pdf/CPSEmergNumbers.pdf)



STATE OF CALIFORNIA
(ESTADO DE CALIFORNIA)

HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
(SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS)

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES)

PUB 458 (SP) (11/11)

**REPORTANDO
EL ABUSO Y
DESCUIDO DE
NIÑOS**

**ENTRENAMIENTO
PARA PERSONAS
BAJO MANDATO
DE REPORTAR Y
OTRAS PERSONAS**



Office of
Child Abuse Prevention
(Oficina para la Prevención del
Abuso de Niños)

14. Los padres pueden aprender maneras de calmar a un bebé que llora y también controlar sus propios sentimientos de frustración cuando no pueden consolar al bebé.

15. Los padres pueden investigar a un proveedor de cuidado de niños para un historial de abuso de niños usando el Sistema del Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños (*Trustline*). Llame al 1-800-822-8490.

16. Los padres pueden pedir ayuda cuando se sienten estresados o deprimidos por los problemas de la vida.

17. Los padres que aprenden sobre la seguridad de los niños en el hogar pueden prevenir accidentes y aumentar la conciencia en cuanto al medio ambiente.

18. Los padres pueden utilizar servicios comunitarios tales como cuidado temporal de niños para ofrecer un descanso a los padres y servicios de visitas al hogar. Estos servicios pueden apoyar y fortalecer a los padres durante períodos difíciles.

19. Las comunidades pueden apoyar a las familias proporcionándoles actividades gratuitas o a bajo costo las cuales estimulan interacciones entre los padres y sus niños.

20. Redes comunitarias colaboran para facilitar que las familias reciban referencias y servicios.



STATE OF CALIFORNIA
(ESTADO DE CALIFORNIA)

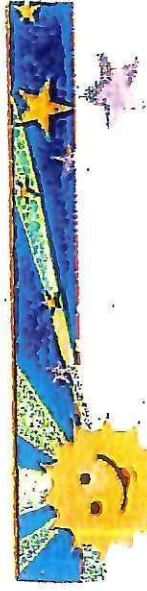
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
(SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS)

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES)



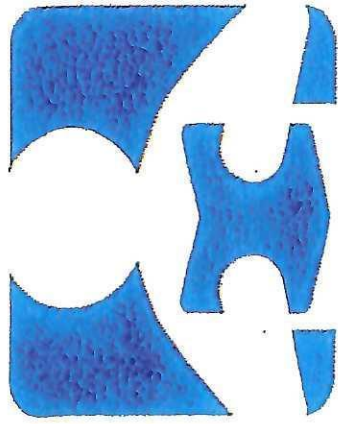
Office of Child Abuse Prevention
(Oficina para la Prevención del Abuso de Niños)

Feb 411 (SP) (8/11)

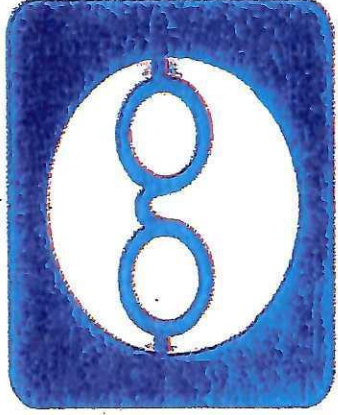


20 REALIDADES **ACERCA DEL** **ABUSO Y DESCUIDO** **DE NIÑOS**

1. El abuso o descuido de niños es un crimen.
2. Se puede tener acceso en el Internet a la Ley de California sobre el Deber de Reportar el Abuso y Descuido de Niños (Secciones 11164-11174.3 del Código Penal) en el sitio web: www.leginfo.ca.gov
3. El abuso y el descuido de niños afectan a los niños de todas las edades, razas, y niveles económicos.
4. Los casos en que se sospecha el abuso o descuido se deben reportar a la Oficina de Servicios para la Protección de Niños (CPS) por sus siglas en inglés) o a la policía.
5. Una lista de los números de teléfono para las líneas de emergencia para reportar el abuso de niños en cada condado de California se encuentra en el sitio web: www.childsworld.ca.gov/res/pdf/CPSEmergNumbers.pdf
6. Los padres que abusan de las drogas o del alcohol corren más riesgo de abusar o descuidar a sus niños.
7. La exposición a la violencia doméstica afecta negativamente a los niños. La evidencia muestra que existe un fuerte vínculo entre la violencia doméstica y el abuso de niños.



KNOW



SEE



RESPOND

Todos tenemos un rol importante para prevenir **abuso y negligencia infantil**.

Esto es para constatar que yo el padre de: _____, he recibido una copia del panfleto
(child's name)

tulado: *"Reportando el Abuso y Descuido de Niños"*, de parte del titular de la licencia o representante autorizado de: Around the Korner Child Care Centers.

Firma del padre o guardián

Date

AROUND THE KORNER

A Center For School-Age Enrichment

Kelly Magallanes
Director

Child and Family Needs Assessment

Dear Parent/Guardian,

As a way to ensure your needs are being met within our program and outside our program, we want to ensure we are able to connect you to community services or organizations at no cost or at a reduced cost. Please feel free to add if services are not listed.

Child	Name:	DOB:
Parent/Guardian A	Name:	DOB:
Parent/Guardian B	Name:	DOB:

Please indicate below if there are any services or information about certain services which you feel would be helpful to you or your family:

- ☐ Emergency Assistance
- ☐ WIC/Nutrition/Food
- ☐ Housing Assistance
- ☐ Dental/Medical Health Services
- ☐ Clothing Referral
- ☐ Transportation
- ☐ Child Support
- ☐ Legal Services/Custody
- ☐ Education/Careers
- ☐ Special Abilities-Needs
- ☐ Child Development
- ☐ School Districts
- ☐ CPR/First Aid
- ☐ Parent Support Groups
- ☐ Parenting Classes
- ☐ Counseling
- ☐ Immigration Services
- ☐ Alcohol/Drug Abuse Prevention, Education and Treatment
- ☐ Other: _____

Please indicate your most needed resources:

1. _____
2. _____
3. _____

☐ No Services Needed at this Time.

Parent/ Guardian Signature: _____

Date: _____

Nombre de Estudiante: _____

Preguntas de la entrevista del lenguaje e interés familiar

- 1.) **¿Cuáles son los intereses y actividades favoritas de su hijo o hija? (Por ejemplo, ¿su hijo tiene cuentos, libros y canciones favoritas?)**

- 2.) **¿Cuáles son algunas fortalezas que usted ve en su hijo o hija y sobre las que podemos construir? (Por ejemplo, ¿le gusta construir cosas, hacer arte, etc.)?**

- 3.) **¿Cómo podemos ayudar a apoyar el lenguaje y el desarrollo de su hijo o hija en el hogar? (Por ejemplo, libros para leer en casa, materiales, ideas de actividades)**

- 4.) **A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y son capaces de aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en casa?**

- 5.) **Queremos apoyar de la mejor manera al desarrollo del lenguaje de su hijo y entender qué idioma(s) hablan con los miembros de la familia. ¿Qué idioma(s) habla su hijo con sus hermanos, abuelos y otros miembros de la familia?**

- 6.) **¿Qué idioma(s) habla más su hijo en general? Esto sería dentro y fuera de la casa, combinados.**

CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS

Use las instrucciones a continuación para llenar, firmar y devolver el Formulario de Asistencia para Comidas a:
América Herrera / Elena Lopez 14030 Nordhoff St., Arleta, CA 91331

Si necesita ayuda, llame a: **818-894-2478**

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 FDPIR 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 FDPIR.

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.

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	INGRESO QUE DEBE DECLARAR 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
---	--	---

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS

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

RAZA:

Indígena americano o nativo de Alaska—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y que tiene afiliación con una tribu o adhesión a una comunidad tribal.

Asiático—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o Subcontinente Indio, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroestadounidense—Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como "haitiano" o "negro" además del de "negro o afroestadounidense".

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.

Blanco—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

ORIGEN ÉTNICO:

Hispano o latino—Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura hispana, independientemente de la raza. El término de "origen hispano" se puede usar además de "hispano o latino."

No hispano o latino

Formulario de beneficios de comidas para niños

Año del programa Julio 2024- Junio 2025

Nombre del Centro de Atención a Niños: Around the Korner Preschool 9757 Arleta Ave, Arleta Ca 91331

Por favor, lea las instrucciones. Si necesita
ayuda para completar este formulario, llame al: 818-890-0200

Llena, firme, y devuelva este formulario a: Oficina

1. Información De Sus Hijos

Anote los nombres de todos los niños que participarán.

Apellido	Primer Nombre	Inicial del 2o nombre	¿El menor está bajo cuidado adoptivo temporal?

Si todos los niños enumerados son bajo cuidado adoptivo temporal ("foster child"), **pase a la Sección 4.**

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: _____

4. Cuatro Últimos Dígitos Del Número De Seguro Social (SSN) Y Firmo

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 beneficios de comidas para niños y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicié conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

Nombre impreso: _____

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

Para Uso De La Agencia Solamente (For Agency Use Only)

Categorical Eligibility:

CalFresh/CalWORKS/FDPIR household categorically eligible? ☐ Yes ☐ No

Foster child automatically eligible free? ☐ Yes ☐ No

Income Eligibility:

Annual Conversion (required if household reports various pay frequencies in Section 3):
Weekly times (x) 52, every 2 weeks x 26, twice a month x 24, monthly x 12

Total Household Income and Frequency: _____ per _____

Household Size: _____

Eligibility Classification:

Eligibility Classification: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Base

Determining Official Name: _____

Determining Official Signature: _____ Date: _____

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".
- c. No necesita los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social si incluye un número de caso de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR.

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.

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

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**
(833) 256-166 202-690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

REGULACION FEDERAL - DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS E.U.
 FORMA DE INSCRIPCION - Informacion para el programa de comida en cualquier
 centro de cuidado de ninos.

(Nombre del Nino)

Firma del Padre

Fecha

Dias que su nino estara incrito en el centro

(Marque los dias en que su nino
 recibira servicio de cuidado)

Lun. ☐

Mier. ☐

Vie. ☐

Mar. ☐

Jue. ☐

Hora de llegada

Hora de partida

(Por favor marque el horario de llegada y partida de su hijo)

6:30 a.m.	☐
6:45 a.m.	☐
7:00 a.m.	☐
7:15 a.m.	☐
7:30 a.m.	☐
7:45 a.m.	☐
8:00 a.m.	☐
8:15 a.m.	☐
8:30 a.m.	☐
8:45 a.m.	☐
9:00 a.m.	☐
9:15 a.m.	☐
9:30 a.m.	☐
9:45 a.m.	☐
10:00 a.m.	☐
10:15 a.m.	☐
10:30 a.m.	☐
11:00 a.m.	☐
11:15 a.m.	☐
11:30 a.m.	☐
11:45 a.m.	☐

1:00 p.m.	☐
1:15 p.m.	☐
1:30 p.m.	☐
1:45 p.m.	☐
2:00 p.m.	☐
2:15 p.m.	☐
2:30 p.m.	☐
2:45 p.m.	☐
3:00 p.m.	☐
3:15 p.m.	☐
3:30 p.m.	☐
3:45 p.m.	☐
4:00 p.m.	☐
4:15 p.m.	☐
4:30 p.m.	☐
4:45 p.m.	☐
5:00 p.m.	☐
5:15 p.m.	☐
5:30 p.m.	☐
5:45 p.m.	☐
6:00 p.m.	☐

Alimentos**

Desayuno ☐

(7:30 - 8:30 a.m.)

Comida ☐

(11:00 a.m. - 12:00 p.m.)

Meriende PM ☐

(3:00 - 3:30 p.m.)

**Marque las comidas
 que el nino ordinariamente
 recibiria durante horas
 normales de cuidado

Programa de WIC!

¿Qué es WIC?

WIC es un programa nutricional que ayuda a las madres y a los niños pequeños a comer bien y permanecer sanos.

¿Qué puedo obtener del programa WIC?

Cheques de WIC

- Cheques para comprar comida saludable para cada participante.
- WIC no le da toda la comida o fórmula que necesita.

Información sobre nutrición y dar pecho

- Sugerencias útiles para comer saludable y llevar una vida activa.
- Apoyo y ayuda con dar pecho.

Referencias

- Ayuda para encontrar un médico, recibir vacunas, y aseguranza de salud para su familia.
- Ayuda para encontrar otros servicios que pueda necesitar.



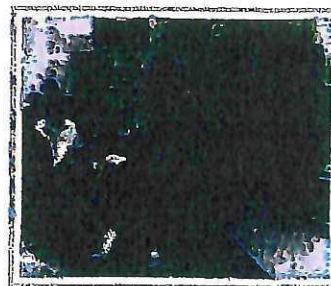
¿Para quién es WIC?

- Mujeres que están embarazadas, dando pecho o que hayan tenido un bebé recientemente.
- Bebés menores de 12 meses de edad.
- Niños menores de 5 años de edad.
- Familias de bajos a medianos ingresos. Las familias que trabajan pueden calificar. Una familia de 4 puede ganar hasta \$ 3,793 por mes y calificar.
- Familias migrantes.

¿Qué pasa en las citas de WIC?

En su primera cita y según sea necesario, verificamos si usted o su hijo califican para WIC. Le podremos pedir:

- Que traiga a su bebé o a su hijo a la oficina de WIC.
- Que muestre su identificación personal.
- El formulario médico que llenó su médico.
- Prueba de sus ingresos.
- Prueba de su dirección.



En las citas de WIC se podrá unir a un grupo u obtener enseñanza personal de un instructor un especialista en nutrición de WIC sobre:

- Permanecer sana y ser activa.
- Cocinar, recetas y sugerencias de compras.
- Dar pecho para tener un bebé sano.
- Referencias para familias.

- Informar todos los cambios en sus ingresos, el tamaño de su familia, su dirección, su número de teléfono, o su elegibilidad para Medi-Cal o CalWORKs.

Ser cortés

- Tratar con cortesía y respeto al personal de WIC y de la tienda de abarrotes.
- No lesionar físicamente ni amenazar con lesionar físicamente a nadie en la oficina de WIC o en la tienda de abarrotes.

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene algunas preguntas acerca del programa WIC, favor de preguntarle al personal del programa. Nos complace que esté con nosotros, y esperamos poder ayudarles a usted y a su familia para que coman bien y permanezcan saludables!

Recuerde...su hijo le tiene a usted y usted tiene a WIC.

Locaciones de WIC

PACOIMA WIC

(0.63 mi.)
13631 VAN NUYS BLVD
PACOIMA, CA 91331
305028

NEVHC PACOIMA HEALTH CTR WIC

(1.38 mi.)
12756 VAN NUYS BLVD
PACOIMA, CA 91331
305020

PANORAMA CITY

(2.61 mi.)
8532 VAN NUYS BLVD
PANORAMA CITY, CA 91402
305008

SAN FERNANDO WIC

(2.78 mi.)
1161 N MACLAY AVE UNIT D
SAN FERNANDO, CA 91340
305007

VAN NUYS WIC

(4.11 mi.)
7138 VAN NUYS BLVD
VAN NUYS, CA 91406
305001

SUN VALLEY HEALTH CENTER WIC

(4.57 mi.)
7223 N FAIR AVE
SUN VALLEY, CA 91352
305027

NORTH HOLLYWOOD

(4.90 mi.)
6420 BELLINGHAM AVE
NORTH HOLLYWOOD, CA 91605
305017

On the following five pages, you will find a list of the items your child will need. / **En las siguientes cinco paginas encontrara la lista de las cosas que su hijo(a) necesitara.**

2nd page: Infants/**Infantes**

3rd page: Toddlers/**Niños pequeños**

4rd page: Preschoolers/**Pre-escolares**

5th page: Information on where you can find the student survival kit. You can also buy it at the store of your choice, or you can assembly your own./**Informacion donde puede comprar el kit de emergencia. Si gusta lo puede comprar en la tienda de su preferencia o puede hacer uno usted mismo(a).**

Items Needed for Infants

Bedding/Cama



- 5 Baby Sleep Sacks /5 Sacos de Dormir para Bebe *(This only applies for children under 12 months/Esto solo aplica para niños menores de 12 meses.)*
- 5 Blankets/5 Sabanas Tamaño Cuna *(This only applies for children 12 months and older)*
- 1-2 Sit + Spit Cloth/ 1-2 Toallitas para limpiar al bebe cuando repita



Licensing regulations require that children **under 24 months** have clean bedding every day. Therefore we will be sending home your child's sheet/sack in a bag every day when you pick up your child. You must then wash them or bring a different set of clean sheets/sack the next day. We realize this is an inconvenience; however if you prefer, you may bring 5 different blankets/sacks for the week on Monday. / Las regulaciones de licencia requieren que los niños menores de 24 meses tengan sabana/sacos para dormir limpios diariamente. Por lo tanto enviaremos a casa, sabana/saco en una bolsa todos los días cuando recoja a su hijo. Luego debe lavarlos o traer una sábana/cobija limpias al día siguiente. Nos damos cuenta de que esto es un inconveniente; sin embargo si lo prefiere, puede traer 5 sabanas/5sacos diferentes para la semana los días lunes.

Extra Clothing/Ropa Extra

- 3 Shirts/3 Camisas
 - 3 Pants/Shorts/3 Pantalones o Shorts
 - 3 Pairs of Socks/ 3 pares de calcetas
 - 2 Pairs of Closed Toe Shoes (one pair will be for outside play and the other pair for indoor play –older children only)/ 2 Pares de Zapatos Cerrados (un par para cuando salen a jugar afuera y otro para cuando juegan adentro-solamente para los niños(as) mas grandes)
 - 3 Bibs/3 Baberos
- 1 Sweater / Jacket—1 Sueter o Chamarra

Hygiene/Higiene

- Diapers/Pañales
- Wipes/Toallitas Humeda

Diaper Cream (optional)/ Pomada para lo Rosado (opcional)

Food/Comida

- Formula or Breast Milk/Formula o Leche Materna
- Bottles (4 bottles) - Bottles are to be taken home every day to be washed/ 4 Biberones—Los biberones tienen que llevarse a casa diariamente para lavarlos.
- Sippy cup (for water) - Sippy cups are to be taken home every day to be washed/Vasito con tapadera para el agua-Estos vasitos tambien tienen que llevarse a casa diariamente para lavarse.

Others/Otros

- 1 Pacifier if needed (please have one extra to leave in class/1 Chupon (de ser necesario) por favor deje uno extra para dejarlo en clase.
 - 1 Transitional Item (if needed: stuffed animal, blanket, etc.)/Articulo de comfort (de ser necesario: muñeco de peluche, cobijita, etc.)
- Family Picture/Fotografía Familiar

ALL items need to be LABELED with your child's name. / Asegurese de etiquetar TODAS las pertenencias

Items Needed for Toddlers



ALL items need to be LABELED with your child's name. / Asegurese de etiquetar TODAS las pertenencias de su hijo(a).

5 Fitted Crib Sheets / Blankets

Licensing regulations require that children **under 24 months** have clean bedding every day. Therefore we will be sending home your child's sheet in a bag everyday when you pick up your child. You must then wash them or bring a different set of clean sheets the next day. We realize this is an inconvenience; however if you prefer, you may bring 5 different blankets for the week on Monday./Las regulaciones de licencia requieren que los niños menores de 24 meses tengan sabana/cobija limpia todos los días. Por lo tanto enviaremos a casa, sabana/cobija en una bolsa todos los días cuando recoja a su hijo. Luego debe lavarlos o traer una sábana/cobija limpias al día siguiente. Nos damos cuenta de que esto es un inconveniente; sin embargo si lo prefiere, puede traer 5 sabanas/cobijas diferentes para la semana los días lunes.

- **Emergency Kit/Kit de Emergencia**
- **Wipes/Toallitas Húmedas**
- **Diaper Rash Cream (if needed)/Pomada para lo Rosado**
- **Diapers (if needed) / Pañales (solo si es necesario)**
- **3 Shirts/3 Camisas**
- **3 Pants or shorts/3 Pantalones o shorts**
- **Extra Pair of Closed Toe Shoes/ Par extra de zapatos cerrados**
- **3 Pairs of socks/3 Pares de calcetas**
- **3 Underwear (If they are potty trained)/3 pares de ropa interior (si ya sabe ir al baño)**

Items Needed for Preschoolers/Edad Preescolar



ALL items need to be LABELED with your child's name. / Asegurese de etiquetar TODAS las pertenencias de su hijo(a).

Fitted Crib Sheet / Blanket - Bedding is sent home every Friday to be laundered. It **MUST** be returned on the following Monday. A child is not allowed to nap without these items, failure to return the sheet/blanket weekly can keep your child from re-entering the program until they are provided. La sabana y la cobija tiene que llevársela cada viernes para lavarla y traerla de regreso el Lunes. Si el lunes regresa sin la sabana y cobija lamentablemente **por regulaciones del departamento de Licencia, no podemos aceptar a su hijo(a).**

3 Shirts/3 Camisas-Blusas

3 Pants/3 Pantalones

Extra Pair of Closed Toe Shoes/Par de Zapatos Extra

3 Pairs of socks/3 Pares de Calcetines

3 Extra Pairs of Underwear / 3 Pares de ropa interior

1 Cold Water Thermos/ Termo Pequeño para Agua

Emergency Kit/Kit de Emergencia



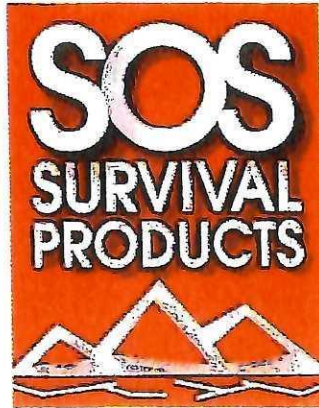
15705 Strathern St., Van Nuys, CA 91406

Store Hours

Mon. - Fri. - 8am to 5pm PST

Sat. - 8am to 4pm

**Contact us by phone at
800-479-7998**



<https://www.sosproducts.com/>

15705 Strathern St., Van Nuys, CA 91406

Store Hours

Mon. - Fri. - 8am to 5pm PST

Sat. - 8am to 4pm

**Contact us by phone at
800-479-7998**



AUTORIZACION PARA DAR CONSENTIMIENTO DE VERIFICAR EMPLEO

INFORMACION DE SU EMPLEADOR:

Nombre de la Compañía

Nombre del contacto

Número de Teléfono

Domicilio de la Compañía

Ciudad

Código Postal

DECLARACIÓN PARA LIBERAR INFORMACION DEL EMPLEADO:

Around the Korner Child Care Center y sus representantes tienen permiso para contactar a mi empleador para verificar mis ingresos, empleo y cualquier otra información para determinar la elegibilidad de mi familia durante el proceso de certificación. Entiendo que toda la información recopilada es estrictamente confidencial.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

SOLO PARA PROPOSITOS DE OFICINA

Verification Notes: _____

Fecha de Verificación	Se verifico informacion con:	Iniciales del personal

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

por declaración escrita del empleador, sistema de verificación electrónica o teléfono

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE EMPLEO

Completado por el Padre/Tutor Empleado

Complete la sección de Autorización de este formulario

Nombre y Apellido del Empleado (imprimir)

Número de Teléfono de la Empresa

Nombre Comercial de la Empresa

Nombre de Contacto de la Empresa

Correo Electrónico

Dirección de la Empresa

Ciudad

Código Postal

Días y horas de trabajo habituales de la empresa:

Seleccione uno:

- ☐ Around The Korner tiene permiso para comunicarse con mi empleador para verificar mi empleo e ingresos
- ☐ Around The Korner tiene permiso para acceder al sistema electrónico de verificación de empleo de mi empleador. La información para verificar mi empleo e ingresos electrónicamente es la siguiente:

Dirección de internet del sistema de verificación:

Código de la Empresa: Número de Identificación/Seguro Social:

Firma del Empleado

Fecha

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Completado por/con el empleador

Con el fin de proporcionar servicios a su empleado, debemos tener la verificación de su empleo.

Puesto Actual del Empleado

Fecha de Contratación

Fecha de Inicio del Puesto

Sitio de Trabajo

INFORMACIÓN SALARIAL

Completar la información salarial del empleado

Salario: \$ por
(Ejemplo \$15.00) (Ejemplo Hora/Día/Semana/Mes)

Circule respuestas aplicables:

Pagado por:	Cheques de Pago	En Efectivo	Cheque Personal		
Frecuencia de Pago:	Diario	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al Mes	Mensual
El empleado también recibe:	Horas Extras	Propina	Comisión	Bonos	Ninguno

HORARIO DE TRABAJO

Especifique su horario de trabajo semanal (seleccione y complete un horario consistente o variable):

Horario consistente

- ☐ Trabajan días y horas fijas cada semana. Especificar horario diario (Ejemplo. Lun 8am-5pm):

Día	Horarios de inicio y fin		
	am/pm	Para	am/pm
	am/pm	Para	am/pm
	am/pm	Para	am/pm
	am/pm	Para	am/pm
	am/pm	Para	am/pm

- ☐ Trabajan un numero de horas fijas cada semana, pero diferentes días. Especificar horario semanal:

Posibles días laborables (Circule todos los que apliquen):	L M Mi J V S D
Número de días trabajados por semana (Eje. 4 días a la semana):	
Numero de horas trabajadas por semana (Eje. 40 horas por semana):	

Horario Variable

- ☐ Horas y días de trabajo inconsistentes y/o inestables cada semana. Especificar horario máximo semanal:

Posibles días laborables (Circule todos los que apliquen):	L M Mi J V S D
Número máximo de días trabajados por semana (Eje. Máximo de 5 días por semana):	
Número máximo de horas trabajadas por semana (Eje. Máximo de 35 horas por semana):	

Nombre de la Persona que Completa _____ Titulo _____ Firma _____ Fecha _____

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de este formulario, comuníquese con un Especialista de Inscripción al (818) 890-0200.

Por favor, regrese a:

yjauregui@aroundthekorner.org

o por correo

Around The Korner Center for School Age Enrichment

9757 Arleta Ave

Arleta, CA 91331

FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

Around the Korner Child Care Centers
8800 Woodman Ave. Arleta, CA 91331/ (818) 894-8037
13939 Nordhoff St. Arleta, CA 91331/ (818) 894-8037
14030 Nordhoff St. Arleta, CA 91331/ (818) 894-2478
9757 Arleta Ave., Arleta, CA 91331 (818) 890-0200

Declaración de Efectivo

Nombre del Niño: _____

Nombre del Padre: _____

Yo recibo un promedio de \$ _____ por semana.

Yo recibo este dinero vía _____.

El trabajo que hago _____

Yo entiendo que si la información que estoy proporcionando es falsa yo seré responsable de reembolsar o pagarle al Departamento de Educación del Estado de California, por los servicios dados a mi hijo(s).

Yo declaro bajo juramento que la información dada es verdad y correcta.

Escribe su Nombre

Fecha

Firma del Padre

Contacto : _____

Fecha Verificada: _____

Comentarios: _____

Training Verification -Parent or Caretaker Attending School or Receiving Training

Date .

Agency Name, Street Address, City, ZIP Code, and
Phone Number

Around the Korner Child Care Center
14030 Nordhoff St, Arleta, CA 91331
Phone: 818-894-2478
Fax: 818-894-1053

Parent Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone
Number

Signature _____

Training/Education Information

Profession/Vocational Goal (Not Academic Goal) (E.g. Vocational Goal is to become a teacher.) (E.g. Academic
Goal is to obtain Degree or Certificate)

Name of School or Organization where
training/education is received

Phone Number

Street Address, City, Zip Code

Anticipated Completion Date for Training/Education

Date this Term Began

Date this Term Ends

Complete One of the Following

☐ Attached is the parent's course printout form from the training institute.
or

☐ Below is the parent's class schedule with the signature and stamp of the Registrar's office.

Class Schedule (if applicable)

Day	Time	Room #	Course Name	Units

Signature and Stamp of Registrar of School/Organization

Date of Signature and Seal

ADDITION

Effective Date: _____

Child's Name: 1. _____

Child's Name: 2. _____

Child's Name: 3. _____

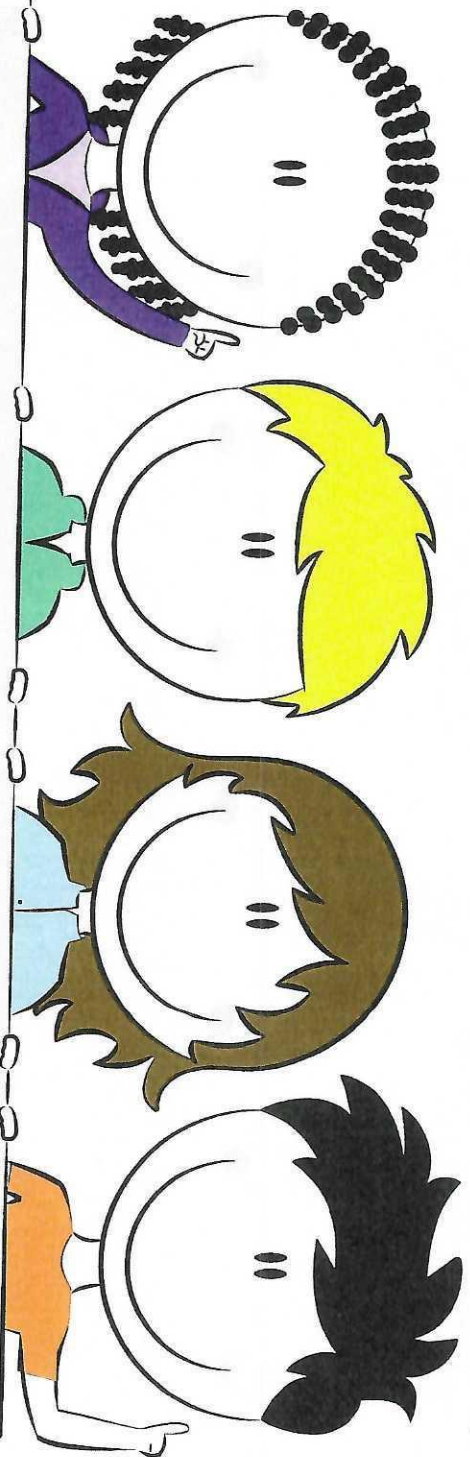
Family Data Worksheet ☐

CD9600 ☐

NOA ☐

Notes:

¿No está vacunado? ¿No tiene comprobantes? No puede asistir a la escuela.



**No se admitirá a los niños a menos
que se presente el
comprobante de vacunación y
las vacunas estén al día*.**

**Avísenos si su hijo(a) no está vacunado(a) por motivos médicos.*

Visite **ShotsForSchool.org** para acceder información sobre los requisitos de vacunación, una herramienta de búsqueda interactiva de escuelas, materiales de implementación para las escuelas y materiales educativos para padres.

SHOTSFOR**SCHOOL**

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela



Por favor traiga el registro de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: mydvr.cdph.ca.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después.

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después.

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan.

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después.

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la **hepatitis A**, la **vacuna contra el COVID-19** y la **vacuna anual contra la influenza (gripe)**. Los preadolescentes y adolescentes también necesitan **las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH)** para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y **las vacunas contra la enfermedad meningocócica**. Obtenga más detalles [sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad](https://bit.ly/VacunasPorEdad) (bit.ly/VacunasPorEdad) y [dónde puede vacunar a su hijo](https://bit.ly/izclinic) (bit.ly/izclinic).