Office Use

Child's Age	Fam Size	Rank

GUSD PROGRAMA PRESCOLAR ESTATAL
2021-2022

240 Swanston Lane
Gilroy CA 95020
(669) 205-7960
Lupe Vela
lupe.vela@gilroyunified.org
https://www.gilroyunified.org/departments/educational-services/early-childhood-education

Las solicitudes se pueden dejar en 240 Swanston Lane. Por favor llame primero. También puede enviar su solicitud por correo electrónico a lupe.vela@gilroyunfied.org

La inscripción no es por orden de llegada. **Inscripciones del otoño empiezan el 3 de Mayo**

GUSD ofrece un programa prescolar estatal. Familias necesitas calificar basado a su ingreso. **Prioridad para la inscripción de estudiantes elegibles se basa en lo siguiente.** (debe ser un residente de Gilroy):

- Los niños de edad elegible que se encuentran en riesgo de abuso, negligencia, o explotación o recibiendo servicios de protección infantil a través del departamento de bienestar del condado
- Niños quienes cumplan cuatro **(4) años de edad en o antes de 01 de diciembre de 2021** en orden de elegibilidad de ingresos usando la tabla de clasificación de ingresos del Departamento de Educación de California (CDE). (ver tabla más abajo)
- Niños quienes cumplan tres **3 años de edad en o antes del 01 de diciembre de 2021** y son totalmente capacitados de ir al baño solos dependiendo de la disponibilidad de espacio.

Guías de Ingreso del Programa Preescolar Estatal NUEVO EFECTIVO 7/20

Tamaño de Familia	1-2	3	4	5	6	7	8
Maximo Ingreso Bruto Mensual	$5,540	$6,157	$7,069	$8,199	$9,330	$9,542	$9,755

Si usted no califica para nuestro programa, puede comunicarse con **Community Care Licensing** (408) 324-2148 https://secure.dss.ca.gov/CareFacilitySearch/ La misión principal del Programa de Licencias de Cuidado Infantil es garantizar la salud y seguridad de los niños bajo cuidado. El Programa de Licencias de Cuidado Infantil se esfuerza por brindar servicios preventivos, de protección y de calidad a los niños bajo cuidado al garantizar que las instalaciones autorizadas cumplan con los estándares de salud y seguridad establecidos mediante el monitoreo de las instalaciones, la prestación de asistencia técnica y el establecimiento de asociaciones con proveedores, padres y el cuidado infantil. comunidad.

NO SIN CITA PREVIA. TODA LA DOCUMENTACION ES REQUERIDA AL TIEMPO CUANDO ENTREGE SU PAQUETE
SOLICITUDES INCOMPETAS- SERVICIOS PRESCOLARES SERAN NEGADAS

- ☐ **Comprobante de ingresos para todos los individuaos contados en el tamaño de la familia:** Talones de cheques cual representan los **últimos 30 días de su cita.** Asegúrese que los talones de cheques **sean recientes y que las fechas sean consecutivas. No** se aceptaran talones que falten entre fechas.
  ◊ Paga semanal – 4 talones ◊ Pago quincenal – 2 talones ◊ Pago 2 veces al mes – 2 talones ◊ Pago mensual – 1 talón
- ☐ Familias con **ingreso variable** (migrante, agrícolas, o trabajo temporal) deberán presentar comprobante de ingresos de los últimos **12 meses consecutivos. NO** se aceptaran talones que falten entre fechas. Resumen de nómina para los últimos 12 meses son aceptables.
- ☐ Comprobante de cualquier otro ingreso (ayuda monetaria, mantención de niños, desempleo, TANF, discapacidad, etc.) para los **últimos 30 días**
- ☐ Autorización para contactar al empleador
- ☐ Padres que trabajan por su cuenta: Copia de las devoluciones de impuestos más reciente con una declaración de ingresos estimada para propósito de impuestos, una carta de la fuente de los ingresos (por ej. clientes), otros registros comerciales, como libros de contabilidad general o cuadernos comerciales.
- ☐ Examen físico (hecho en Agosto 2019 o después) **Puede estar pendiente para el día de la inscripción pero debe ser entregada por mas tardar el 7 de Agosto**
- ☐ Cartilla de Vacunas- **Niños no serán admitidos sin vacunas requeridas o evaluación del TB**
  - TB – El niño debe ser evaluado para los factores de riesgo para la tuberculosis como parte de su examen médico. El niño será requerido tener una prueba de piel de Mantoux para la tuberculosis si es determinado por un médico que es necesario basado en los factores del riesgo del niño para la tuberculosis
- ☐ Actas de nacimiento de **todos sus niños menores de 18 años cuales viven con usted**
- ☐ Comprobante de domicilio; contrato de renta, cobros de utilidades
- ☐ Paquete de inscripción

Si aplica

- ☐ Programa de educacion personalizada (IEP)
- ☐ Los registros de las colocaciones en hogares de crianza, tutela legal

Ubicaciones Preescolares
Rod Kelley (8755 Kern Avenue)
Swanston (240 Swanston Lane)
Glenview (475 W 9th Street)

Se me ha explicado el proceso de inscripción, entiendo que si falta alguna documentación o la solicitud esta incompleta NO será aceptada y tendré que hacer una cita nueva. _____ Iniciales.

4/1/21

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY
INSCRIPCION DE ESTUDIANTES

Doble Inmersión ☐
POR FAVOR COMPLETE LA APLICACION INDEPENDIENTE

Nombre del Estudiante :

APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL

Domicilio del correspondencia Ciudad Código Postal

Domicilio de vivienda Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Estado o País

PROBLEMA MEDICO:
☐ SI ☐ NO

INDIQUE EL PROBLEMA
(INCLUYA INFORMACION ADICIONAL)

Sexo Grado para Que se esta Registrado:

AÑO ESCOLAR:

Teléfono de Casa

Información de Emergencia (si los padres no se encuentran)
Nombre_____ Dirección_____ Tel._____

¿Desde cuándo vive en ésta dirección?
(fecha)_____

Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar Unificado de Gilroy anteriormente?
☐ Si ☐ No

Escuela: _____

Grado: _____ Año: _____

Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy?: ☐ Si ☐ No

Nombre Escuela/Grado

¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar?

GATE ☐ Si ☐ No
504 ☐ Si ☐ No
Educación Especial* ☐ Si ☐ No

* (si es si identifique el servicio)
Recursos,Habla, Clase de día Especial

POR FAVOR DE LLENAR LA FORMA DE MOVILIDAD

Escuela (s) Previa (s) (Marque El Pre-escolar si Aplica)

Grado Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Pública Si	Pública No	Estado	Ciudad	Condado

Cuestionario sobre el idioma que se habla en casa.
Si en las preguntas su respuesta es otro idioma diferente al Inglés, su hijo tendrá que tomar un examen de colocación (ESL) (ELD).

1. ¿En qué idioma aprendió a hablar? _____
2. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza más con su hijo?_____
3. ¿Cuál es el idioma que más utiliza en casa?_____
4. ¿Cuál es el idioma preferido para su correspondencia?_____

Marque al que corresponda
☐ Madre
☐ Padre
☐ Familia Temporal (Foster)
☐ Apoderado Legal
☐ Pariente (Especifique)

Divorciados/Separados Legalmente ☐ Si ☐ No
¿Custodia Compartida?
☐ Si ☐ No
☐ ¿Contacto de emergencia?

Nombre de Guardián:_____

Dirección si es Diferente a la de su Hijo

Teléfono en el trabajo:_____ Ext._____
Celular:_____

Correo electrónico_____

Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido:
☐ No graduado de preparatoria ☐ Graduado / universidad
☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela de Graduados
☐ Algo de Universidad

Marque al que corresponda
☐ Madre
☐ Padre
☐ Familia Temporal (Foster)
☐ Apoderado Legal
☐ Pariente (Especifique)

Divorciados/Separados Legalmente ☐ Si ☐ No
¿Custodia Compartida?
☐ Si ☐ No
☐ ¿Contacto de emergencia?

Nombre de Guardián:_____

Dirección si es Diferente a la de su Hijo

Teléfono en el trabajo:_____ Ext._____
Celular:_____

Correo electrónico_____

Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido:
☐ No graduado de preparatoria ☐ Graduado / universidad
☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela de Graduados
☐ Algo de Universidad

DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACION LEGAL.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN_____ **FECHA**_____

Cual escuelita prefiere?
Rod Kelley Glen View Swanston

Cual es su horario preferido?
AM PM

Para uso de la Oficina Solamente (Office Use Only)

	REG-DATE	ENROLLED by	ETH	IMMUN	SPECIAL ED	HOME-SCH	Next School Code

ation of Birthdate:
al Record ☐ Passport
rtificate ☐ Military ID

Referred to ELD
ELD Status
Test Date

Primary Language

TRANSITIONAL KINDER ☐

Rev 01/20 PW

Solicitud confidencial de servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad

Form EESD 9600, Page 1, (REV. 9/17) CDE Spanish, T17-758

Agency Name: GUSD – Preschool Program
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check one) Initial ☐ Recertification ☐

Nota: Las normas estatales requieren una solicitud y certificación formal para obtener servicios de desarrollo infantil. Usted recibirá un aviso por escrito de su elegibilidad dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de su firma en este formulario. Un representante de la agencia en consulta con la familia debe llenar este formulario. La agencia debe verificar y certificar la elegibilidad de la familia antes de iniciar los servicios. ***Consulte las instrucciones adjuntas para llenar este formulario.***

Sección I. Identificación de la familia. Si es padre/madre/cuidador(a) soltero(a), marque esta casilla: ☐ *Vea las instrucciones, Sección I.*

Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo incluyendo la inicial del segundo nombre) A.		Teléfono (celular o casa)	Teléfono (trabajo/escuela)	
Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo incluyendo la inicial del segundo nombre) B.		Teléfono (celular o casa)	Teléfono (trabajo/escuela)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Código FIPS

Sección II. Elegibilidad de la familia y razón por la que necesita el servicio

A. Condición de elegibilidad de la familia (marque todas las aplicables)

	Servicios de protección		Beneficiario actual de la asistencia		Elegible por ingresos		Sin hogar		Programas para personas con discapacidades graves

B. Razón por la que necesita el servicio. Indique todas las razones por las que se necesita cuidado de cada adulto enumerado anteriormente. Escriba "A" o "B" para referirse al padre/madre/cuidador(a) enumerado anteriormente. Adjunte documentación. (Esta sección no es aplicable a los programas de educación preescolar estatales de día parcial o los programas para menores con discapacidades graves).

Padre/madre/ cuidador(a)	***Razón por la que necesita el servicio***	*Padre/madre/ cuidador(a)*	***Razón por la que necesita el servicio***	*Padre/madre/ cuidador(a)*	***Sólo para beneficiarios de CalWORKs en las etapas 1, 2 y 3***	
	Sin hogar		Educación o capacitación		Actividades de CalWORKs	Fecha en que el padre/madre dejó de ser elegible para la asistencia: Fecha: _____
	Trabaja		Busca activamente empleo		Pago/servicio alternativo (Diversion)	
	El menor fue remitido a servicios de protección debido a negligencia, abuso, explotación o está en riesgo de los mismos		Busca vivienda permanente		Escriba la fecha de ingreso a cada etapa: Etapa 1:_____ Etapa 2:_____ Etapa 3:_____	
	Padre/madre/cuidador(a) está incapacitado(a) debido a necesidades médicas o psiquiátricas especiales					

C. Información de empleo/capacitación. Se debe llenar para cada adulto enumerado en la Sección I anterior para documentar la necesidad en función del empleo o la capacitación. (Adjuntar documentación).

Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Dirección	Ciudad	Código postal
A				
A				

Días y horario de trabajo/capacitación:	De: A:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Dirección	Ciudad	Código postal
B				
B				

Días y horario de trabajo/capacitación:	De: A:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Sección III. Tamaño e ingresos brutos mensuales ajustados de la familia

A. Ingresos mensuales de la familia. Los ingresos mensuales ajustados de la familia de todas las fuentes (Adjunte comprobantes y documentación): $_____

B. Fuentes de los ingresos de la familia (Marque todas las aplicables. No cuente las áreas sombreadas en gris en la Sección III A anterior). **Las casillas sombreadas en negro son para los beneficiarios de CalWORKs solamente. Nota: La Sección III B es para fines de recopilación de datos federales.**

	Empleo, incluyendo empleo por cuenta propia		Otros programas federales de ingresos en efectivo (como SSI)
	Manutención de hijos		Vale o asistencia en efectivo para vivienda
	Efectivo u otro tipo de asistencia bajo el Titulo IV de la Ley del Seguro Social (TANF)		Asistencia bajo la Ley de Cupones de Alimentos (Food Stamps Act) de 1977
	Programas para extranjeros y familias con ambos padres sólo para el estado destinados a beneficiarios de CalWORKs		Otra

C. Tamaño de la familia (véase las instrucciones en "Términos y condiciones de financiamiento" para calcular el tamaño de la familia):_____

D. ¿Está el padre/madre actualmente en servicio activo (es decir, sirviendo a tiempo completo) en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? **SÍ** ___ **NO** ___
¿El padre/madre es miembro actual de una unidad de la Guardia Nacional o Reserva Militar? **SÍ** ___ **NO** ___

Sección IV. Información de los menores. Incluya a **todos** los menores que residen en el hogar e incluidos en el conteo del tamaño de familia.

Llene para todos los menores que residen en el hogar			*Llene sólo para los menores atendidos por su agencia*					*Para los menores inscritos en más de un programa o sitio, use líneas adicionales cuando sea necesario*									
(1) Nombre completo del menor incluyendo la inicial del segundo nombre	(2) Género M	(2) Género F	(3) Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	(4) Código de factor de ajuste	(5) Origen étnico	(6) Raza	(7) Idioma materno: Código de idioma	(7) Idioma materno: ¿El menor está aprendiendo inglés? (**SÓLO** para edad escolar)	(8) Código de programa	(9) Código de tipo de cuidado	(10) Horas de cuidado por día	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							

Sección V. Certificación y firma del padre/madre/cuidador(a).

1. Entiendo que auto certifico mi condición de padre/madre/cuidador(a) soltero(a) bajo pena de perjurio en la Sección I de este documento al marcar la casilla de padre/madre/cuidador(a) soltero (a). Iniciales del padre/madre: _____

2. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad podría ser revisada por representantes del estado de California, el gobierno federal, auditores independientes u otros según sea necesario para la administración de este programa.

3. Entiendo que si la agencia rechaza esta solicitud de servicios, tengo derecho a apelar.

4. Entiendo que recibiré una notificación de aprobación o desaprobación de mi solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que firmo este formulario.

5. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que no presente toda la documentación y firme y feche este formulario y un representante de la agencia lo revise, firme y feche.

6. Certifico que mis bienes familiares no superan $1,000,000; sección 658 p (4)(B) de la Ley de Subsidios Globales para el Cuidado y Desarrollo Infantil (Child Careand Development Block Grant Act).

7. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por lo menos una vez al año. También entiendo que si no renuevo mi elegibilidad, ya no seré elegible para recibir servicios de cuidado infantil subsidiados para mi hijo.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma _____ Fecha _____	Parentesco con el menor: ☐ Padre/madre ☐ Abuelo(a) ☐ Tutor(a) ☐ Padre adoptivo temporal ☐ Otro: especifique _____
Firma _____ Fecha _____	Parentesco con el menor: ☐ Padre/madre ☐ Abuelo(a) ☐ Tutor(a) ☐ Padre adoptivo temporal ☐ Otro: especifique _____

Sección VI. Cuotas familiares (Consulte la tabla de cuotas familiares vigentes del CDE).

Tipo de cuota	Cuota fija mensual (vea las instrucciones para la Sección VI).	
☐ Tiempo completo **130 o más horas por mes**	Cuota fija mensual: $	Detalles:
☐ Medio tiempo **Menos de 130 horas por mes**	Cuota fija mensual: $	Detalles:

Sección VII. Para uso de la oficina solamente. *(Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed, and dated by an agency representative.)*

Eligibility Status: ☐ **Accepted** ☐ **Denied**	**Date Notice of Action Sent** (Attach copy)	**Date Notice of Action Given** (Attach copy)	**First date of subsidized service**	**Last date of enrollment**
Signature of Authorized Agency Representative		**Title**	**Telephone number**	**Date**
Signature of Supervisor (Optional)		**Title**	**Telephone number**	**Date**

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

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

(a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:

(1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.

(2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.

(3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.

(4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.

(5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.

(6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.

(7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

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

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

2580 N First Street Suite 300

CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
San Jose	95131	(408) 324-2148

SEPARE AQUÍ

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

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

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

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

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
GUSD Preschool Program	240 Swanston Lane Gilroy CA 95020

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

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

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

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

DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.

2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.

3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.

4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.

5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.

6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

   Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing

   Dirección de la oficina de licenciamiento: 2580 N First Street Suite 300

   Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: San Jose CA 95131 (408) 324-2148

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.

8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

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

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

LIC 995 (SP) (9/08)

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

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

GUSD Preschool Program
Nombre de la guardería

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

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.
Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

Gilroy Unified School District
CONFIDENCIAL

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento:_____

¿Cuál es el grupo étnico de su niño/a? (***Marque Uno***)

□Hispano o Latino (Cuba, Mexica, Puerto Rico, América Central o América del Sur, u otro grupo u origen de alguna cultura hispana)

□No Hispano o Latino

¿De qué raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)

La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cuál es su raza..

□ Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (personad de origen de cualquiera de las razas originarias de América del Norte, central o del Sur)

□Chino (201)

□Japonés (202)

□Coreano (203)

□Vietnamés (204)

□ Indio Asiático (205)

□Laosiano (206)

□Camboyano (207)

□Hmong (208)

□Otro grupo Asiático (299)

□Hawaiano (301)

□Guameño (302)

□Samoano (303)

□Tahitiano (304)

□De alguna isla del Pacifico (399)

□Filipino (400)

□Afro- Americano/Negro (600)

□Anglo (700) (personas de origen europeo, del Norte de África o del Medio Oriente

MOBILIDAD ***(Requerido/Obligatorio)***

1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a. P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

2. Indique el grado en el que su niño entro cuando ingreso/asistió por primera vez a este distrito
   P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

3. ¿En qué mes y año su niño asistió/va a asistir a una escuela pública en California? Mes _____Año _____

   Si su niño NO nació en los Estados Unidos, por favor conteste las preguntas #4, #5, #6

4. ¿Cuando entro a va a entrar por primera vez su niño a los Estados Unidos? Mes _____Año _____

5. ¿De qué país venia su niño cuando entro a los Estados Unidos? _____

6. ¿Cuándo asistió/va a asistir por primera vez su niño a la escuela en los Estados Unidos?Mes _____Año _____

Condado de Santa Clara
Autorización piloto para contactar al empleador (01/07/18)

Este formulario es para ser utilizado SOLAMENTE por los servicios ofrecidos por los programas de día parcial CSPP (por su sigla en inglés).

Autorización para contactar al empleador

El Título 5 §18084 ((1) (A)) requiere que los padres/tutores que estén empleados proporcionen una autorización que autorice a la agencia a comunicarse con el (los) empleador (es), hasta donde sepa, que incluya la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a
(nombre del padre / tutor en letra imprenta)

_____,
(nombre de la agencia/contratista)

a contactar a mi empleador, si es necesario, para verificar los ingresos con el fin de aprobar los servicios preescolares.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Horario habitual de comercio/oficina: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

☐ Siento que mi empleo estará en riesgo si contacta a mi empleador.
iniciales

FIRST 5
SANTA CLARA COUNTY

CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO

Yo, _____, como el padre o madre, tutor o persona legalmente
Nombre(s)

autorizada representante de _____
Nombre/s del menor

he sido informado/a y comprendo que FIRST 5 Santa Clara County puede compartir información confidencial sobre mi familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi familia.

Las agencias que participan trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios pueden incluir, pero no se limitan a: proveedores de servicios médicos, el Departamento de salud mental, el Departamento de salud pública, la Agencia de servicios sociales, programas de preescolar y Head Start, el Centro regional, proveedores de educación temprana y otros proveedores de servicios a la infancia temprana.

Cada agencia divulgará o intercambiará información confidencial o registros a otras agencias participantes únicamente cuando la información pueda ser relevante para los servicios a proveer o para propósitos de evaluación como se explica más abajo.

Se requiere un formulario de autorización por separado para la divulgación de información médica por parte de un proveedor de atención médica. Entiendo que se me puede solicitar firmar otros formularios para la divulgación de información médica.

Entiendo que se requiere a FIRST 5 que realice evaluaciones de los servicios que proporciona a mi familia. Esto requiere la recolección y análisis de información y datos que pudieran incluir información confidencial sobre mi familia. Entiendo que esta información ayudará a mejorar los servicios para familias como la mía y que no se incluirá información confidencial en ningún informe público.

FIRST 5 requiere mi permiso para recolectar y analizar información confidencial con propósitos de evaluación. Esta información se puede compartir con los evaluadores y colaboradores de FIRST 5 y con los proveedores de servicios de infancia temprana. Cada agencia entiende que debe mantener la confidencialidad de esa información y puede divulgarla únicamente en conformidad con la ley o con una autorización a través de un consentimiento por escrito. Hay riesgos mínimos para mi familia derivados de la divulgación de esta información.

Doy mi permiso a FIRST 5 y a sus evaluadores y colaboradores para recolectar y analizar la información personal de mi familia para propósitos de evaluación del programa.

Entiendo que aunque elija no firmar esta Confirmación de lectura y Consentimiento, mi familia recibirá los servicios y para ese propósito mi nombre y dirección serán ingresados en la base de datos de FIRST 5 y estarán disponibles para el administrador de la base de datos.

También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, mandando una solicitud por escrito a Research and Evaluation Department, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San Jose, CA 95117. La cancelación de mi permiso no afectará ninguna información que ya haya sido recolectada.

Este consentimiento estará vigente por 10 años.

FIRST 5
SANTA CLARA COUNTY

CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO
(continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado en su totalidad, y comprendo las disposiciones.

Padre/s, Tutor o Representante legal:

Nombre en letra de molde	Nombre en letra de molde
Firma	Firma
Relación con el menor(es)	Relación con el menor(es)

Nombre(s) del(los) menor(es)

Fecha

GUSD Preschool Program
Nombre de la agencia que obtiene la firma del padre y conserva el formulario original

Lupe Vela
Nombre de la persona que obtiene la firma del padre

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

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

GUSD- Preschool
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____
NOMBRE

. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA 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 ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

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

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

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

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

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ 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? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

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

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*

PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)		¿CUÁLES 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 ALIMENTACIÓN?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS
(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

GUSD Preschool . This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : ____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to 3 hrs a.m./p.m., 5 days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

_____ _____
(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE) (TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: Allergies: medicine:

Vision: Insect stings:

Developmental: Food:

Language/Speech: Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

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

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

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

☐ Risk factors not present; TB skin test not required.

☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
___ Communicable TB disease not present.

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

Physician: _____ Date of Physical Exam: _____
Address: _____ Date This Form Completed: _____
Telephone: _____ Signature _____

☑ Physician ☑ Physician's Assistant ☑ Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

* Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
* Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
* Live in out-of-home placements.
* Have, or are suspected to have, HIV infection.
* Live with an adult with HIV seropositivity.
* Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
* Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
* Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
* Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female School: GUSD Preschool
Last, First month/day/year

Address_____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department
Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a U.S. licensed primary care provider and returned to the child's school.

1. Was your child born in, or has your child resided in or traveled to (for more than one week) a country with an elevated TB rate?* ❑ Yes ❑ No

2. Has your child been exposed to anyone with TB disease? ❑ Yes ❑ No

3. Has a family member had a positive TB test or received medications for TB? ❑ Yes ❑ No

4. Was a parent, household member, or visitor who stayed in the child's home for >1 week, born in a country with an elevated TB rate?* ❑ Yes ❑ No

5. Is your child immunosuppressed [e.g. due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha inhibitor or high-dose systemic steroids (e.g. prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks)]. ❑ Yes ❑ No

*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e. travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥6 months in the U.S.).

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

Enter test results for all children with a positive risk assessment:

Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date:	Result: ❑ Negative ❑ Positive ❑ Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date placed: Date read:	Induration _____ mm Result: ❑ Negative ❑ Positive
Chest X-Ray Date:_____	Impression: ❑ Normal ❑ Abnormal
LTBI Treatment Start Date: _____ ☐ Rifampin daily - 4 months ☐ Isoniazid/rifapentine - weekly X 12 weeks ☐ Isoniazid daily - 9 months ☐ Other:_____	☐ Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ ☐ Treatment medically contraindicated: _____ ☐ Declined against medical advice

Please check one of the boxes below and sign:

☐ Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test.
☐ Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.
☐ Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and no TB symptoms.

_____ _____
Health Care Provider Signature, Title Date

Name/Title of Health Provider:
Facility/Address:
Phone number:

Only acceptable if signed by: MD, DO, PA, NP
Not acceptable: RN, LVN, MA, Chiropractor
Must include clinic stamp

County of Santa Clara
Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program
976 Lenzen Avenue, Suite 1700
San José, CA 95126
408.885.2440

Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children ≥ 2 years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of ≥10mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST ≥5 mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review.

Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children <5 years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g. cough for >2-3 weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid

Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
  - Isoniazid
    2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
    ≥ 12 years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
  - Rifapentine
    10.0-14.0 kg: 300 mg
    14.1-25.0 kg: 450 mg
    25.1-32.0 kg: 600 mg
    32.1-50.0 kg: 750 mg
    >50 kg: 900 mg
  - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).

For additional information: www.sccphd.org/tb or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.