

Lista de verificación de inscripción



📍 2038 E Compton Blvd, Compton, CA. 90221

☎️ PHONE: (424) 338-3053 📱 TEXT: (310) 819-6666

TODOS LOS ARTÍCULOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN DEBEN ENTREGARSE 1 SEMANA ANTES DE LA FECHA DE INICIO

☐

Pañales + toallitas húmedas para niños de 2 años

☐

2 cambios extra de ropa (pantalones, camisas, calcetines, ropa interior)

☐

Lysol Spray + Toallitas Desinfectantes

☐

Certificado de Nacimiento + Registros de Vacunación (actualizados)

☐

Uniforme + Camisa Verde Sunshine

☐

Aviso de acción 0 Cuota de registro + pago de la primera semana

☐

Informe del médico o fecha de la cita programada

☐

Paquete de inscripción completo + cuestionario + programa de alimentos

☐

Formulario de Acuerdo de Crianza Temporal u Orden de Restricción (si corresponde)



CONTACTANOS HOY



Sunshine_Preschool2



Sunshinepreschool2



Sunshinepreschool@yahoo.com



School Cell Phone: (424) 336-6978



Main Phone: (424) 336-6978



SUNSHINE PRE-SCHOOL 2
2038 E Compton Blvd, Compton, CA. 90221
PHONE: (424) 338-3053 FAX: (424) 338-3071
LIC: 197493309

Cuestionario de Inscripción

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de
Nacimiento: _____ Fecha de Inicio: _____
Salón: _____ Maestro/a: _____
Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

1. ¿Es la primera vez que su hijo/a asiste a un entorno de cuidado infantil?
2. ¿Tiene alguna pregunta/preocupación sobre su hijo/a?
3. ¿Su hijo/a hace siestas? En caso afirmativo, ¿a qué hora(s)?
4. ¿A qué hora se acuesta y a qué hora se despierta por la mañana?
5. ¿Duerme junto a su hijo/a?
6. ¿Su hijo/a usa pañales para dormir?
7. ¿Está completamente entrenado/a para ir al baño?
8. ¿Necesita su hijo/a ayuda para limpiarse después de ir al baño?
9. ¿Su hijo/a bebe de biberón?

10. ¿Le gusta comer a su hijo/a? ¿Cuáles son algunas de las cosas que no le gustan a su hijo/a? ¿Qué suele comer?
11. ¿Su hijo/a come en una silla alta en casa?
12. ¿Cómo son las comidas en casa?
13. ¿Cuáles son los valores de su familia con respecto a las comidas? ¿Existen restricciones alimentarias (culturales o religiosas)?
14. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?
15. ¿Quién vive en su hogar?
16. ¿Cuáles son los intereses/actividades favoritas de su hijo/a?
17. ¿Hay algo sobre su hijo/a, familia o valores que le gustaría compartir con nosotros para ayudarnos a brindar un mejor servicio a su hijo/a y familia?
18. ¿Celebran ustedes días festivos, cumpleaños o algún evento cultural?

Preguntas y preocupaciones de las familias:

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

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

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 DÍA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ 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?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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

REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

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

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)

en la _____, Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERIA 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 MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing:	Allergies: medicine:
Vision:	insect stings:
Developmental:	food:
Language/Speech:	asthma:
	other:

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)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)					
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

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

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

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS 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 de la persona con licencia que la oficina de licenciamiento conserva.
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: _____

Dirección de la Oficina de Licenciamiento: _____

Número de teléfono de la Oficina de Licenciamiento: _____

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de alguna persona adulta que tiene 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 GUARDERIA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

LIC 995 (SP) (8/02)

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

CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION 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 "NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISION DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

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.

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

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

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO OBTENGA EL TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA

DEBIDAMENTE RECETADO POR UN DOCTOR CON LICENCIA (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) PARA

NOMBRE. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER
CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO
MENTIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA_____
FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NUMERO DE TELEFONO EN LA CASA

()

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO

()

LIC 627 (SP) (5/01) (CONFIDENTIAL)

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

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

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO OBTENGA EL TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA

DEBIDAMENTE RECETADO POR UN DOCTOR CON LICENCIA (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) PARA

NOMBRE. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER
CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO
MENTIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA_____
FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NUMERO DE TELEFONO EN LA CASA

()

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO

()

LIC 627 (SP) (5/01) (CONFIDENTIAL)

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

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

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

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARE AQUÍ

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

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

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

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

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

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

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

(FECHA)

Participation Agreement

Participation Agreement to email and publish my child's work,
photographs or videos via HiMama



To: Parent / Legal Guardian,

Please read this page carefully as it includes information about safety and security issues associated with privacy and behavior. In the interest of safety and security we require parent permission for the publishing of children's work, photographs or videos through a software program called HiMama (the "Program"). By signing this form you grant permission for us to photograph or video your child for the purposes of sharing this information with you through the Program. You will also receive updates and information about your child through the Program to the email you have provided herein. Note that sometimes other children in the center may feature in photos, videos or stories of your child. By giving your consent you agree not to share photos or video of any child, other than your own, outside the Program without permission. To learn more about the Program, please visit www.himama.com. Please complete, sign, and return this form to the center if you wish to participate. We encourage you to contact us if you have any questions. I hereby acknowledge that I wish to voluntarily participate in the Program:

CHILD'S NAME

PARENT/GUARDIAN NAME

EMAIL

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE



SUNSHINE PRE-SCHOOL & KINDERGARTEN
2038 E. Compton Blvd., Compton, CA 90221
Phone: (424) 338-3053 Fax: (424) 338-3071

Formulario de consentimiento: Publicación de fotos/videos de menores

Con el fin de proteger la privacidad de sus hijos, se debe obtener el permiso por escrito del padre o tutor antes de compartir/publicar imágenes o videos de menores.

(Por favor, ponga sus iniciales en el que corresponda)

_____ **Doy permiso para que la foto de mi hijo, con su nombre, se publique en nuestra página social asociada con Sunshine Pre-School.**

_____ **Doy permiso para que la foto de mi hijo, sin nombre, se publique en nuestra página social asociada con Sunshine Pre-School.**

_____ ***No doy* permiso para que la foto o el nombre de mi hijo se publiquen en nuestra página social asociada con Sunshine Pre-School.**

Nombre del Nino

Firme Del Padre

Firme del Padre(imprime)

Fecha

Nombre de la Institución: Building Better Communities Foundation

Número del acuerdo:

Nombre Proveedor/Centro: Sunshine Day Care 2 27

Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP)

Formulario para inscripción de participantes

Estimado Padres/Tutor/Curador,

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). El participante inscrito recibirá comidas y refrigerios nutritivos sin costo alguno para usted. CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Sírvase llenar la sección de padres/tutor/curador de este formulario, firmelo y devuélvalo al Proveedor/Centro arriba indicado. Suministre información sobre sólo un (1) participante por formulario. **(Para que la institución sea reembolsada por las comidas que sirven/solicitan, se deberá llenar un formulario para cada participante inscrito todos los años.)**

Padres/Tutor/Curador:

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha en que participante se inscribió en el centro: _____

Alergias a alimentos: ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", especifique: _____

(Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participante)Indique los días de cuidado normal en el centro: ☐ Sunday ☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday ☐ SaturdayIndique comidas que normalmente se comen en el centro: ☐ Breakfast ☐ AM Snack ☐ Lunch ☐ PM Snack ☐ Supper ☐ Evening Snack

Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.) Llegada: _____ am pm Salida: _____ am pm

Horario Escolar Salida: _____ am pm Regreso: _____ am pm

Si el participante es un bebé (0 a 11 meses de edad), sírvase llenar este cuadro. Marque todas las selecciones que corresponden a continuación:Esta institución/centro ofrece _____ fórmula para bebés a través de CACFP. Es opción suya
(Proveedor/centro llena esta información)

usar esta fórmula o no según las necesidades de su bebé. Las comidas para bebés provistas por la institución/centro deben cumplir con el plan de comidas para bebés, tal como lo exige 7CFR 226.20.

☐ Usaré la fórmula ofrecida por este centro. Doy permiso para que el personal del centro mezcle la fórmula o prepare los biberones para mi bebé.☐ No usaré la fórmula ofrecida por este centro.

Do ser así ¿qué fórmula enviará usted para que su bebé la use? _____

Si la fórmula que usted proporciona es una fórmula especial, deberá presentar una declaración médica.

☐ Proporcionaré leche materna para mi bebé.☐ Mi bebé tiene cuatro (4) meses de edad o más, y debido a su desarrollo, está listo para comidas para bebé. Yo quiero que la institución/centro le dé las siguientes comidas para bebé, las cuales se permiten conforme a 7CFR 226.20 (b)(2)(3)(4).

Nota a los padres que reciben fórmula a través del Programa WIC: Su bebé tiene derecho a recibir fórmula de esta institución/centro de cuidado de niños, así como del Programa WIC. Es decisión suya decidir qué fórmula su bebé recibirá cuando está en el centro. Si usted encuentra que está recibiendo más fórmula de la que su bebé necesita, hable con la nutrióloga de WIC o con el proveedor de atención a la salud de su bebé.

Firma Padres/Tutor/Curador: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del trabajo: _____ Indique turno de trabajo: ☐ 1^o ☐ 2^o ☐ 3^o ☐ Otro (especifique) _____**Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:**

Firma del Proveedor/Representante del Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participante se retiró del Centro: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades."

Formulario de beneficios de comidas para niños

Año del programa _____

Nombre del Centro de Atención a Niños: Sunshine Day Care 2

Por favor, lea las instrucciones. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al: (888) 622-0280

Llene, firme, y devuelva este formulario a: Building Better Communities Foundation

1. Información De Sus Hijos

Anote los nombres de todos los niños que reciben cuidado 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: _____

3. Todos Los Miembros Del Hogar

Llene esta sección si no llenó la sección 2. Anote a todos los miembros del hogar. Anote todos los ingresos. Ingresos Brutos y la frecuencia con que se reciben (por ejemplo, semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente, o anualmente.

☐ Marque aquí si este hogar **no recibe ingresos**. Vaya a la sección 4.

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

Nombres de todos los miembros del hogar (incluya a los menores anotados anteriormente)	Ingresos del trabajo antes de deducciones (Cantidad / Con qué frecuencia)	Manutención de hijos, pensión alimenticia (Cantidad / Con qué frecuencia)	Pagos de pensiones, retiro, Seguro Social (Cantidad / Con qué frecuencia)	Otros ingresos (Cantidad / Con qué frecuencia)
Ejemplo: Janet Smith	\$200/ semanalmente	\$150/dos veces por mes	\$100/ mensualmente	\$0
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

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

autoriza la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Nutrición Infantil (Child Nutrition Act), al Contralor General de los Estados Unidos y a funcionarios del orden público con el fin de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

5. Identidad Racial/Étnica

Usted no está obligado a contestar estas preguntas. Si elige hacerlo, marque una o más de las siguientes identidades raciales:

☐ Indígena americano o nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Negro o afroestadounidense

☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

☐ Blanco

Si elige hacerlo, marque una de las siguientes identidades étnicas:

☐ Hispano o latino

☐ No hispano o latino