

ÍNDICE DE REQUISITOS

1. Solicitud de Inscripción (Formulario de Nuestra Escuelita, 2 páginas, escoge la correcta para curso lectivo o curso de verano)
2. Información de emergencia (LIC 700)
3. Historial de la Salud del niño antes de la Admisión- Reporte del Padre/Madre (LIC 702)
4. *Liability Release and Assumption of Risk Agreement* (Formulario de Nuestra Escuelita)
5. Autorización de talento/*Talent Release*- derecho de tomar y usar fotos de su niño para promover la escuelita (Formulario de Nuestra Escuelita)
6. *Physician's Report for Child Care Centers*, incluyendo la exploración de factores de riesgo de la tisis (TB), (LIC 701, 2 páginas) (Tenga en cuenta que no es siempre necesario tener una cita con el médico. Si el niño lo visita regularmente, el pediatra puede enviárselo por correo).
7. Copia de su tarjeta de inmunizaciones.
8. Consentimiento para tratamiento médico y de emergencia. (LIC 627)
9. Notificación de Derechos de los Padres, firmada en la sección inferior. (LIC 995)
10. Derechos Personales, firmada en la sección inferior.(LIC 613A)
11. **Sólo para los asistentes en el preescolar**, prueba de las huellas digitales. (LIC 9163, 4 páginas). Debe hacerse una cita siguiendo las instrucciones en: <http://cclld.ca.gov/PG405.htm> El *Facility Number/ OCA* de Nuestra Escuelita es 434412704. Si ya lo tenía hecho en el pasado, debe llamar al teléfono 408-324-2148 (*Child Care Licensing*) para asegurarse que su registro está activo y proporcionar a Nuestra Escuelita el comprobante que le den.
12. El Contrato de Membresía (Formulario de Nuestra Escuelita). **Sólo tiene que firmar el contrato del programa que le corresponda:**
 - Preescolar en el Curso Lectivo
 - Jardín en el Curso Lectivo
 - Preescolar en el Curso de Verano
 - Jardín en el Curso de Verano
13. Los resultados de la prueba de tuberculosis **del padre asistente** (realizada durante los últimos 12 meses del principio del curso). Una alternativa a su médico de familia es visitar el *Adult Immunization Clinic*, 408-792-5200, <http://bit.ly/Of5fao>
14. Una copia de la página de declaración del seguro de su automóvil. Debe incluir los modelos y números de placa de los carros que se estacionarán en NE durante el curso.
15. Cheque a nombre de Nuestra Escuelita por la cantidad correspondiente. Favor de escribir en el cheque el nombre del niño y el propósito del pago.

Nota: Los documentos "LIC" son formularios oficiales y están también disponibles en internet <http://cclld.ca.gov/PG525.htm>

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN—Curso Lectivo

Apellido del alumno _____ Nombre del alumno _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Por medio del presente, solicito la matriculación de mi hijo en la sesión (**Marque con una X** el programa en el que está interesado):

| PROGRAMAS | Curso de Verano | Curso regular |
|---|-----------------|---------------|
| Principiantes (2.5-6 años) [español no hablado en casa] | | |
| Clase multiedad Pequeños y Grandes (2.5-6 años) Martes y jueves 9 a.m. a 12 p.m. | | |
| Día adicional para Grandes (4-6 años) Viernes 9 a.m. a 12 p.m. | | |
| Jardín 2 días (0-2 años) Lunes y miércoles 9:30 a.m. a 11:00 a.m. | | |
| Jardín 1 día (0-2 años) Lunes o miércoles (indica cual) 9:30 a.m. a 11:00 a.m. | | |
| Jardín 2 Días (2/3 años) Martes y jueves 9:30 a.m. a 11:30 a.m. | | |
| Mamá y yo (0-5 años) Sábados 9:00 a.m. – 11:00 a.m. | | |

DATOS BÁSICOS

Padre:

Madre:

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Dirección: | Dirección: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Teléfono: | Teléfono: |
| _____ | _____ |
| Email: | Email: |
| _____ | _____ |
| Profesión: | Profesión: |
| _____ | _____ |
| Empresa para la que trabaja: | Empresa para la que trabaja: |
| _____ | _____ |
| Experiencia laboral: | Experiencia laboral: |
| _____ | _____ |
| Dirección laboral: | Dirección laboral: |
| _____ | _____ |
| Educación: | Educación: |
| _____ | _____ |
| Habilidades: | Habilidades: |
| _____ | _____ |

| | |
|--------------------------|---------------|
| Hobbies: | Hobbies: |
| Estado civil: | Estado civil: |
| ¿Con quién vive el niño? | |

PREGUNTAS BÁSICAS

Cuáles diría Ud. que son las cualidades generales de su hijo, sus fortalezas o talentos (académicos, sociales, físicos y/o emocionales)?

¿Cómo se enteró usted de Nuestra Escuelita?

¿Basado en sus conocimientos sobre Nuestra Escuelita, porqué decidió educar a su hijo aquí?

¿Qué espera de la maestra y asistente?

¿Qué puede esperar Nuestra Escuelita de usted/su familia respecto a contribuir a Nuestra Escuelita con su tiempo/habilidades/experiencia con tecnología (Photoshop, Illustrator, Quickbooks, la red), experiencia (con organizaciones sin fines de lucro, escuelas, etc.), ayuda en recaudaciones de fondos u otros aspectos de dirigir un preescolar?

¿Supervisa Ud. la cantidad de horas y programas que su hijo/a ve la televisión? _____

¿Ha pertenecido o pertenece su hijo a algún grupo de juego? _____ ¿Cuál? _____

¿Qué actividades familiares realizan regularmente?

¿Hay alguna información adicional que nos ayude a conocer y comprender mejor a su hijo/a? Por favor, explique:

¿Tuvo hijos que asistieron anteriormente a Nuestra Escuelita? Por favor, indique nombre del ex-alumno y año en que asistió, aclarando si fue el programa de verano o el curso lectivo corriente del año.

Certifico que toda la información en esta solicitud y toda la información requerida por Nuestra Escuelita relacionada con esta solicitud, es fehaciente y completa . Comprendo que la falsificación u omisión de información puede resultar en la descalificación o rechazo para la matriculación. Nuestra Escuelita certifica que tratará la información recibida con la más absoluta confidencialidad, no la venderá o entregará a ninguna entidad o persona.

Firma del Padre/Madre o Representante Autorizado

Fecha

Non-discriminatory Policy

Nuestra Escuelita admits students of any race, color, national and ethnic origin to all the rights, privileges, programs, and activities generally accorded or made available to students of the school. It does not discriminate on the basis of race, color, national or ethnic origin in administration of its educational policies, admissions policies, scholarship and loan programs, and athletic and other school administered programs.

El documento Informacion de Identificacion y Emergencia (LIC 700) debe bajarlo de internet.
www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/entres/forms/English/lic700.pdf

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

| | | | | | |
|---|----------|--------------------|--------|---------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | SEXO | TELÉFONO () |
| DIRECCIÓN | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| | | | | | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | | TELÉFONO DEL TRABAJO () |
| DIRECCIÓN DEL HOGAR | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| | | | | | TELÉFONO DEL HOGAR () |
| NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | | TELÉFONO DEL TRABAJO () |
| DIRECCIÓN DEL HOGAR | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| | | | | | TELÉFONO DEL HOGAR () |
| PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO | APELLIDO | NOMBRE DE EN MEDIO | NOMBRE | TELÉFONO DEL HOGAR () | TELÉFONO DEL TRABAJO () |

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | PARENTESCO/ RELACIÓN |
|--------|-----------|----------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

| | | | |
|----------|-----------|---------------------------------|-----------------|
| MÉDICO | DIRECCIÓN | NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO () |
| DENTISTA | DIRECCIÓN | NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO () |

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

☐

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA

☐

OTRA

EXPLIQUE:

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

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

| NOMBRE | PARENTESCO/RELACIÓN |
|--------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

El documento Historial de la Salud del Niño antes de la Admisión- Reporte del Padre/Madre (LIC 702) debe bajarlo de internet.
www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/entres/forms/English/lic702.pdf

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

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

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

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

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

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

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

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

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

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

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

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| ¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?* | SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?* | ¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* | ¿CUÁL ES LA HORA USUAL?* |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?* | | ¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?* | |

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

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

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

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

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

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

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

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

| | |
|-----------------------|-------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE | FECHA |
|-----------------------|-------|

LIABILITY RELEASE AND ASSUMPTION OF RISK AGREEMENT

The undersigned, parent/legal guardian of _____
("Minor") on behalf of Minor, and in consideration of participation in
Spanish classes, agree to:

1. Indemnify and hold NUESTRA ESCUELITA, its agents, officers, members, and employees harmless and release them from any and all liability for any injury which may be suffered arising out of, or in any way connected with participation in these classes.
2. Prior to participating in the classes, I will inspect the facilities, equipment and areas to be used and, if I believe any of them are unsafe, I will immediately advise the person supervising the area.
3. Assume any and all risks of personal injuries, including medical or hospital bills, permanent or partial disability, and damage to property, caused by or arising from Minor's participation in this activity.
4. Covenant not to sue or present any claim for personal injury, property damage, or wrongful death against NUESTRA ESCUELITA, its agents officers, members, and employees, attributable to Minor's participation in the classes.
5. Release, waive, discharge and relinquish NUESTRA ESCUELITA, its agents, officers, members, and employees from any liability, loss damage, claim, demand or cause of action against them arising from or attributable to Minor's participation in the classes, whether the same shall arise by their negligence or otherwise.
6. I authorize NUESTRA ESCUELITA, its agents, officers, members, and employees, or other representative of NUESTRA ESCUELITA, to use his/her judgment in obtaining immediate Medical Care for Minor. These persons have my permission to take my son/daughter to the hospital or dentist for the treatment of injury. (Parents will be notified in case of serious illness or injury as quickly as they can be reached, but this will make immediate treatment possible.)
I agree to assign all expenses to my own medical insurance in the event of any injury sustained by Minor requiring medical attention while participating in NUESTRA ESCUELITA.
7. I acknowledge that NUESTRA ESCUELITA provides Spanish classes and that this program is not a licensed childcare program.

THIS DOCUMENT RELIEVES NUESTRA ESCUELITA, ITS AGENTS, OFFICERS, MEMBERS, AND EMPLOYEES, AND OTHERS FROM LIABILITY FOR PERSONAL INJURY, WRONGFUL DEATH AND PROPERTY DAMAGE CAUSED BY NEGLIGENCE. I HAVE READ THIS DOCUMENT, UNDERSTOOD THAT I HAVE GIVEN UP SUBSTANTIAL RIGHTS BY SIGNING IT, AND SIGN VOLUNTARILY.

Print Name: _____

Signature: _____ DATE: _____

NUESTRA ESCUELITA

AUTORIZACIÓN DE TALENTO

NOMBRE DEL NIÑO _____

Yo, (nombre del padre o la madre) _____
entiendo que Nuestra Escuelita (o sus miembros) pueden fotografiar o tomar video de los eventos o actividades en los cuales yo o mi hijo están participando. Yo doy permiso para que Nuestra Escuelita use las fotos o los videos de mí o mi hijo con el propósito de promover Nuestra Escuelita (en FaceBook, etc.), crear un Boletín electrónico que será enviado a las familias de Nuestra Escuelita, y elaborar el libro Anuario de Nuestra Escuelita. Doy mi consentimiento en el entendimiento de que no recibiremos ningún tipo de compensación ni yo ni mi familia, ahora o en el futuro, por el uso de nuestras imágenes.

FIRMA DEL PADRE/MADRE NOMBRE DEL PADRE /MADRE FECHA

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)

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

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ 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) | / / | / / | | | |
| (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

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.

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

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

()

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.

Community Care Licensing

Nombre de la oficina de licenciamiento: _____
Dirección de la oficina de licenciamiento: 2580 N. 1st. Street. Ste. 300. San Jose. CA 95131
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (408) 324-2148
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

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

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

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.

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

LIC 995 (SP) (9/08)

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. 1st. Street. Ste. 300

CIUDAD

San Jose. CA

CÓDIGO POSTAL

95131

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(408) 324-2148

SEPARA 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)

REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE - COMMUNITY CARE LICENSING

Applicant Submission

| | | | |
|---|-----------|--|--|
| 1. ORI: A0448 | | | |
| 2. Working Title: <i>(Check ✓ one)</i> <input type="checkbox"/> Adult Resident other than Client <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> License, Certification, Applicant <input type="checkbox"/> Volunteer | | | |
| 3. Authorized Applicant Type - Enter from list on Page 2, "DOJ Abbreviated CCLD Facility Type." | | | |
| 4. Agency Address Set Contributing Agency: | | | |
| CA Dept of Social Services | | 03502 | |
| Agency authorized to receive criminal history information | | Mail Code <i>(five-digit code assigned by DOJ)</i> | |
| PO BOX 944243 | | Mail Station 9-15-62 | |
| Street No. | | Contact Name <i>(Mandatory for all school submissions)</i> | |
| Street or PO Box | | N/A | |
| Sacramento, | CA | 94244-2430 | () N/A |
| City | State | Zip Code | Contact Telephone No. |
| 5. Applicant Information: | | | |
| Name of Applicant: <i>(Please print)</i> _____ | | | |
| LAST | | FIRST | MI |
| AKA's: _____ | | CDL No. _____ | |
| LAST | | FIRST | |
| DOB: _____ | | Misc. No. BIL - | |
| SEX: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | | AGENCY BILLING NUMBER <i>(IF APPLICABLE)</i> | |
| HT: _____ | | Misc. No.: _____ | |
| WT: _____ | | ALIEN REGISTRATION, OUT OF STATE DRIVER'S LICENSE OR I.D. | |
| EYE Color: _____ | | Home Address: <i>(All applicants must complete)</i> | |
| HAIR Color: _____ | | | |
| POB: _____ | | STREET OR PO BOX | |
| SOC: _____ | | CITY, STATE AND ZIP CODE | |
| <i>(See Privacy Statement on Page 4)</i> | | | |
| 6. Facility Number: _____ | | Level of Service <input checked="" type="checkbox"/> DOJ <input checked="" type="checkbox"/> FBI | |
| If resubmission for fingerprint quality (select R2), list Original ATI No. _____ | | | |
| 7. Employer: <i>(Additional response for Department of Social Services, DMV/CHP licensing, and Department of Corporations submissions only)</i> | | | |
| Employer Name | | | |
| Street No. | | Mail Code <i>(five digit code assigned by DOJ)</i> | |
| Street or PO Box | | | |
| City | State | Zip Code | Agency Telephone No. <i>(Optional)</i> |
| 8. | | | |
| Live Scan Transaction Completed By: _____ | | Date _____ | |
| Name of Operator | | | |
| Transmitting Agency | LSID# | ATI No. | Amount Collected/Billed |

**GUIDELINES FOR COMMUNITY CARE LICENSING (CCLD) APPLICANTS WHO
USE A LIVE SCAN SITE (CCLD or DOJ SITE) FOR FINGERPRINTING
Instructions for the LIC 9163**

1. **Originating Response Indicator (ORI):** Preprinted
2. **Working Title:** Check the appropriate box
3. **Authorized Applicant Type:** Indicate the facility type where you will be working.

Select your licensed facility type from the left column, and in the right column find its corresponding DOJ abbreviated facility type. **Enter the corresponding DOJ abbreviated facility type on this line.**

Note: In the following table you may be able to identify yourself with more than one facility type within each category. Please select only one facility type in any category using the facility that you are most associated with on a day-to-day basis.

If this is your applicable facility type ⇒ **Enter this abbreviated facility type on your application.**

| CCLD Facility Type by Category | DOJ Abbreviated CCLD Facility Type |
|--|---|
| Adult Day Care Facility Adult Day Support Center Adult Residential Facility | Adult Day/Resident/Rehab |
| Child Care Center Infant Center Mildly Ill Center School Age Child Care Center | Day Care Cent more/6 Child |
| Family Child Care Home | Family Day Care |
| Foster Family Agency Foster Family / Adoptions Agency Foster Family Agency Sub Office | Foster Family / Adopt Emp. |
| Foster Family Agency - Certified Home Foster Family Home | Foster Family Home |
| Group Home (6 or less children) | Group Home 6 / child less |
| Group Home (7 or more) Community Treatment Facility | Group Home more / 6 child |
| Residential Care Facility for the Chronically Ill Residential Care Facilities for the Elderly | Residentl Care Fac Elderly |
| Small Family Home Transitional Housing Placement Program | Resid Child Care 6 / less |
| Social Rehabilitation Facility | Adult Day / Resident / Rehab |

4. **Agency Address Set Contributing Agency:**

Agency authorized to receive criminal history information:

The following information is pre-printed:

Agency: CA Dept of Social Services **Mail Code:** 03502

Street No.: P.O. BOX 944243, M.S. 9-15-62 **Contact Name:** N/A

City, State, Zip: Sacramento, CA 94244-2430 **Contact Telephone No.:** N/A

5. **Applicant Information:** Print your full name (last, first, middle initial).

AKA's: Other names the applicant has used

CDL No: CA Drivers License or CA ID

DOB: Date of Birth **SEX:** Male or Female

MISC No: BIL - Enter the agency billing number, if applicable

HT: Height **WT:** Weight

MISC No.: Enter any other identification numbers
(ALIEN REGISTRATION, OUT OF STATE DRIVER'S LICENSE OR I.D.)

EYE Color: Color of eyes **HAIR Color:** Color of hair **Home Address:** Applicant's home address

POB: State or Country of Birth

SOC: Social Security Number (optional) (See Privacy Statement on Page 4)

6. **Facility Number:** Enter the facility number or assigned OCA number (Agency Identifying Number).

Level of Service: Preprinted

Note: If a Child Abuse Central Index (CACI) check is required, it will automatically be completed by DOJ and all applicable fees will be charged. There is no entry necessary on the applicant's part.

If resubmission for fingerprint quality, list Original Applicant Tracking Information (ATI) No.: If your fingerprints were rejected and this is a resubmission of your prints, enter the original ATI number provided on the reject notice to avoid paying an additional processing fee.

7. **Employer:** Enter the facility name and address for which you are being printed.

Employer Name:

Enter the facility name.

Street No.:

Enter the facility address.

Mail Code:

Enter the facility mail code (if applicable).

City, State, Zip:

Enter the facility city, state and zip.

Agency Telephone No.:

Enter the facility phone number.

8. **Live Scan Transaction Completed By:** This section will be completed by the Live Scan operator.

Take this form with you the day you are fingerprinted. The Live Scan Operator will complete section 8. If the Live Scan Operator is IBT - L1, they will return the completed form to you. Retain this form for your records.

If you use a Live Scan Operator other than IBT - L1, you will need to take 2 copies of this form. One copy will be retained by the Operator and the other you may retain for your records.

PRIVACY STATEMENT

Pursuant to the Federal Privacy Act (P.L. 93-579) and the Information Practices Act of 1977 (Civil Code section 1798 et seq.), notice is given for the request of the Social Security Number (SSN) on this form. The California Department of Justice uses a person's SSN as an identifying number. The requested SSN is voluntary. Failure to provide the SSN may delay the processing of this form and the criminal record check.

In order to be licensed, work at, or be present at, a licensed facility, the law requires that you complete a criminal background check. (Health and Safety Code sections 1522, 1568.09, 1569.17 and 1596.871). The Department will create a file concerning your criminal background check that will contain certain documents, including information that you provide. You have the right to access certain records containing your personal information maintained by the Department (Civil Code section 1798 et seq.). Under the California Public Records Act, the Department may have to provide copies of some of the records in the file to members of the public who ask for them, including newspaper and television reporters.

NOTE: IMPORTANT INFORMATION

The Department is required to tell people who ask, including the press, if someone in a licensed facility has a criminal record exemption. The Department must also tell people who ask the name of a licensed facility that has a licensee, employee, resident, or other person with a criminal record exemption.

If you have any questions about this form, please contact your local licensing regional office.