LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education
TOLUCA LAKE CSPP
4840 Cahuenga Blvd., North Hollywood, CA 91601
Tel: (818) 761-3339 Fax: (818) 761-7197

This document should be included in the family file.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA MATRICULACION

Estimado/a: _____ Fecha: _____

Bienvenidos a nuestro Centro de Educación Preescolar. Para poder matricular a su niño/a por favor tenga disponible y completa para el día de su cita, la información marcada abajo:

		(LAUSD SECTION) Received COMPLETE	Scanned to EESIS
☐	Certificado de Nacimiento o Certificado de Bautismo de **TODOS** sus hijos/as menores de 18 años	☐	☐
☐	Tarjeta de Immunizaciones (vacunas) para del niño que se esta registrando	☐	☐
☐	Verificacion de Ingresos – Un mes completo de talones de cheque del mes anterior de cada padre empleado. Si le pagan semanalmente, traiga los últimos 4 talones de cheque **consecutivos**, si le pagan quincenalmente, traigan los últimos 2 talones de cheque **consecutivos**.	☐	☐
☐	Verificacion si recibe TANF o algún otro tipo de asistencia econmica. (Copia del cheque mas reciente, declaración de cuanto recibe de ingresos o el recibo de lo que recibio de ingresos)	☐	☐
☐	Verificación de domicilio (CA ID, CA Licencia de manejo, Factura de Servicios Públicos o Recibo de Renta o Acuerdo de arrendamiento, etc.)	☐	☐
	DOCUMENTOS ADJUNTOS		
☐	Encuesta del Idioma en el Hogar	☐	☐
☐	Historia Medica Permanente (Blanco, llenado por el padre o guardian)	☐	☐
☐	Examen físico reciente (Forma LIC 701 llenado por el Medico privado no mas de 12 meses)	☐	
☐	Verificacion de Empleo y Salario – Forma 83.56	☐	☐
☐	Auto-Declaracion de Ingresos (Si as aplicanle)	☐	☐
☐	Verificación de Entrenamiento – Forma EESD-9605 (Record de progreso al renovar contrato) • Y carta escrita por madre/padre, pidiendo tiempo extra para estudiar y hacer tareas.	☐	☐
☐	Verificación de Incapacidad firmada por su doctor – CD 9606 (Adjunta)	☐	☐
☐	Formulario de Servicios de Protección completada por la agencia 83.66 (Adjunta)	☐	☐
☐	Acuerdo de Busca de Empleo (Adjunta)	☐	☐
☐	Manual Para Los Padres del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles (Llenar y firmar formas)	☐	
☐	Tarjeta de Información de Emergencia (Mínimo 3 nombres, direcciones y números de teléfonos de personas autorizadas para recoger a su hijo/a en caso de emergencia, mayores de 18 años) Necesitamos una copia de la identificación con fotografía de cada persona autorizada	☐	
☐	If Applicable: Verification of Other Care Providers – Form 84.26	☐	
☐	Cuestionario sobre la Reidencia Estudiantil y Encuesta Familiar para Migrantes – llenar formas	☐	
☐	Otro: _____	☐	

Usted tiene una cita el día _____ **a las** _____ **AM / PM**

Favor de traer todos los documentos requeridos ese día, y tener 30 minutos libres para verificar la información, y revisar con usted las pólizas y procedimientos de nuestro programa. Si usted no se presenta a su cita, procederemos a inscribir a la siguiente familia en nuestra lista de espera.

This document should be included in the family file.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ALUMNO	NOMBRE	INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO	☐ Masc. ☐ Femen.	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

DOMICILIO DEL ALUMNO – Número	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE	PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No
DIRECCIÓ N DEL TRABAJO	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*				CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
CELULAR		ASISTENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				

NOMBRE

APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE	PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No
DOMICILIO – número	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
CELULAR		ASISTENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				

Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:

NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO

Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:

APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO

FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos miliares, favor de contestar las siguientes secciones:	Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): ☐Sí ☐No Parentesco con el alumno _____	Desplegado actualmente: ☐YES ☐NO Rama militar: _____ Estatus: ☐Servicio Activo; ☐Guardia; ☐Reservas; ☐Veterano; ☐ Occiso

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad,

(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)

por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.

ALERTA DE SALUD – ***Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".***

INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) ☐ Sí ☐ No* **Si respondió "Sí" Indique:** ☐ Seguro médico Particular ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families

 # de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:

S.N.

1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #	1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA		NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA	

*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.

MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :	
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:	

HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y CORRECTA.

X **FECHA**

FIRMA DE: (MARCAR UNO) ☐ PADRE ☐ TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR/CATEGORIA ETNICA

ESPANOL

Centro _____

El reglamento de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas.

Nombre de alumno _____

Apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Fecha de nacimiento | Grado

1. ¿Cuándo su hijo(a) empezó a hablar cual idioma aprendió primero? _____
2. ¿Dual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa usted con mes frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. Nombre en orden el idioma que utilizan con más frecuencia los adultos en el hogar: _____
   a. _____
   b. _____
   c. _____

Raza étnica herencia de sus hijos: Aunque usted no está obligada a proveer esta información, su cooperación, su cooperación nos ayudará a cumplir con las leyes Federales de acurdo con los Derechos Civiles. Si usted se rehusa a proveer esta información, su decisión no afectará su solicitud o la participación de su niño(a) en el programa. La recopilación de esta información es de acuerdo con el Título VI del Acta de Derchos Civiles de 1984 y es usada únicamente para reportes estadísticos. Si usted desea, por favor circule la raza a que usted pertnece.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Blanco-no de Origen Hispano	Negro-no de Origen Hispano	Hispano	Asiático	Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo Hawaiian o De las Islas del Pacifico

_____
Firma del Padre/Madre/Guardian

Form 83.76 Rev 01/07 (PC)

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

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

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

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

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

_____ (FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO) _____ (FECHA DE HOY)

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

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Allergies: medicine:

Vision:

Insect stings:

Developmental:

Food:

Language/Speech:

Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

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

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

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

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

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

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

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

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

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practioner

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

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

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

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT - EXAMINATION BY PRIVATE PHYSICIAN

Name _____ Sex: M___ F___ Birth Date: _____

Address _____ School _____

To the Physician: Please complete both sides and return to the child's school in attached envelope.

BIRTH HISTORY: (Optional)

Pre-natal Complications _____

Birth Weight _____ Delivery _____

Neo-natal Complications _____

DEVELOPMENTAL MILESTONES:

Sat _____ mo. Crawl _____ mo. Walked _____ mo.

Words _____ mo. Sentences _____ mo.

Toilet Trained _____ mo.

MEDICAL HISTORY:

Serious Illnesses or injuries _____

Surgery

Allergic Reactions _____

IMMUNIZATIONS OF (NUMBER DOSES AND DATES):

DPT	1	2	3	4	5
or					
TD	1	2	3	4	5
Polio	1	2	3	4	5

Measles _____

Mumps _____

Rubella _____

H.I.B. _____

Hepatitis B _____ (over)

Other _____

(N= Normal. O= Over for Comment.) | Under RX

Date of Examination

Wt. _____ Ht. _____

Eyes _____ Vision R:20/ L:20/

Ears _____ Hearing _____

Nose _____

Mouth _____ Speech _____

Throat _____ Tonsils _____

Teeth _____ Orthodontia Needed _____

Heart _____ B.P. _____

Lungs _____

Abdomen _____ Hernia _____

G-U _____

Nervous System _____

Skin _____

Posture _____

(Please indicate deviations from normal)

Other Orthopedic _____

Blood _____ Urine _____

Mantoux Test: Given _____ (date) Read _____ (date)

Pos. _____ (Indur. mm)

Chest X-ray _____ (date) Results: _____

Neg. _____

EXAMINATION BY PRIVATE PHYSICIAN (continued)

Currently does this child need help with:

Motor Development _____

Speech _____

Behavior _____

Emotional Growth _____

Has this child had:

Psychological Testing _____

Neurological Referral _____

Psychiatric Referral _____

Other Counseling _____

Current Medication: No _____ Yes _____ What _____

PARENTAL REQUEST: I request that my physician release this completed report to the school.

_____

Parent/Guardian Signature Date

PLEASE Return To:

School _____

Address _____

City _____ Zip _____

Form No. 34-AEH-51

Commodity Code No. 966 12 15306 Repro

Recommendations and Comments:

(Physical Education required by State Law):

Reg. _____

Limited or Adaptive _____ Why _____

Signature _____ M.D.

_____ M.D.

(Please type or print name)

Address _____

Phone _____ Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES - HISTORIA MEDICA PERMANENTE (Permanent Health History)

Nombre del Estudiante _____ Sexo: M ____ F ____ Fecha Nacimiento _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

Ultima Escuela o Centro Inantil Que Asistió: _____
Nombre

Localidad _____
Ciudad y Estado

Grado Actual _____

ESCUELA O CLASE ESPECIAL _____

FAMILIARES:	Viven con el Niño/a (Nombres)		Estado de Salud
Papá			
Mamá			
Padrastos			
Otros			
Hermanos	Cuantos Mayores	Cuantos Menores	Estado de Salud
Hermanas			

¿Ha sido hospitalizádo su niño/a más de 24 horas alguna vez? Sí ____ No ____

Nombre de hospital _____ Ciudad _____ Estado _____

Fechas de hospitalazación _____

Causa de hospitalazación _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí ____ No ____

Nombre del medicamento _____

Dosis _____ Frequencia _____

¿Tiene alguna avtividad limitada? Sí ____ No ____

Cual es la razón de la limitacion si la hay. _____

Provedor Médico o Doctor _____

Fecha del último exámen físico _____

Dentista Familiar _____

Fecha del último exámen dental _____

ENFERMEDADES (pasados o presentes) - favor de indicar (√):

	SI	NO		SI	NO
Variola (viruelas locas)			Padecimientos de garganta frequentes		
Meningitis			Dolor de oido (infeccíon)		
Parotidits (Paperas Orejones)			Perdida del oir		
Rubela (Sarampión de 3-dias)			Problema del habla		
Rubeola (Sarampión de 10-dias)			Problema de la vista		
Tos Ferina; Coqueluche			Usa lentes/o de contacto		
Prueba T.B. positiva (piel?)			Problemas cordiacos (Soplos)		
Bronquitis			Presión de sangre alta		
Pulmonia (pnuemonia)			Problemas riñon		
Asma			Diabetis (azúcar em la sangre)		
Urticaria o Eczema			Enfermedades de la sangre		
Alergia medicamentosa u otra			Problemas menstruales		
Trauma Cefálico (de cabeza)			Hernias		
Ataques convulsivos o pérdida de concocimiento			Parásitos (lombrices)		

Alguna otra Entermedad seria o accidente (detalles) _____

(A LA VUELTA - FECHA Y FIRMAR)

HISTORIA MEDICA PERMANENTE (continuatión)

DATOS MEDICOS DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A:

DATOS MATERNAS DEL EMBARAZO Indique:	SI	NO
Infeccíones		
Sangrado		
Presión de sangre alta		
Toxemia		
Diabetis (azcúcar en la sangre)		
Otras complicaciónes		
Fué de meses el embarazo		

Método de alumbramiento o parto _____

Peso del bebé al nacer _____

Condición del bebé (anote) buena _____ mala _____

Si mala explicar: _____

PADECIMIENTOS DURANTE LAS PRIMERAS 2 SEMANAS DE VIDA:	SI	NO
Problemas para respirar		
Convuliciones (ataques)		
Cyanosis (azulado)		
Icitericia (amarillo)		
Problema para mamar		
Anemia		
Defectos congénitos		
Necesitó incubadora		
Salió a casa con mamá		

DATOS DE EL DESARROLLO:

A qué edad su niño/a:

Se sentó solo/a _____ Gateó _____

Se paró solo/a _____ Anduvo _____

Díjo sus primeras palabras _____ Habló en frases _____

Usó el baño solo/a _____ Alimentó solo/a _____

FAVOR DE INDICAR (√) SI NIÑO/A:

	SI	NO		SI	NO
Le gusta aprender			Se muerde las uñas		
Le gusta la escuela			Se chupa el dedo		
Se lleva bien con otros niños			Orina en la cama		
Come bien			Es timido		
Toma y le gusta la leche			Se cae seguido		
Desayuna			Hace berrinches		
Duerme			Es demasiado activo		
Sigue direcciones					

¿A qué hora se acuesta? _____

¿Tiene usted alguna duda o pregunta acerca de la salud su niño/a?
Anótelas por favor.

_____

Fecha _____ Fecha del Padre/Madre o Guardián _____

Fecha _____ Nombre de la persona que tomó los datos _____

Titulo _____

Nombre de la escuela _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL LOS ANGELES
División de servicios de Salubridad para Estudiantes

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

School Name
, California, 00000

VERIFICACION DE EMPLEO

SECCION DEL PADRE/GUARDIAN: Family ID: _____

Nombre del Niño/a: _____

La ley estatal de California (5 CCR 18084) requiere que familias quien reciben servicios del programa de Educación Preescolar de LAUSD documenten sus ingresos en total. Yo consiento proporcionar mís talones de cheque u otros registros de sueldo. Autorizo a mi empleador de liberar la información siguiente al programa de educación preescolar nombrada arriba. También autorizo el programa de educación preescolar para ponerse en contacto con mi trabajo para verificar cualquier información indicada en esta forma.

_____ _____ _____

Padre/Nombre de Empleado **Firma de Padre/Empleado** **Fecha**

SECCION DE EMPLEADOR: *Por favor complete y regrese la forma a la locación mencionada arriba.*

Empleador _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Horas de Negocio: _____

Posición del Empleado /Departamento: _____ Fecha de Empleo_____

Como es pagado el empleado? ☐Semanal ☐Cada 2 Semanas ☐Dos Veces al Mes ☐Cada 4 semanas ☐Mensual

Pagado con: ☐Efectivo ☐Cheque **GANANCIAS BRUTAS** Por Período de Pago: _____

Posibilidad de?

Numero de Horas Empleadas por Semana_____Salario por hora $ _____☐*Propinas* ☐*Horas Adicionales*

DIAS Y HORAS DE EMPLEO

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DE:							
A:							

Si es que trabaja un horario variable, por favor marque uno: ☐Dias Varean ☐Horas Varean ☐ Dias y Horas Varean

Porfavor Explique: _____

_____ _____ _____

Nombre de Empleador/Titulo **Firma del Representante del Empleador** **Fecha**

LAUSD SECTION:

Means of verification: _____

Notes: _____

Verified By: _____ Date: _____

Form 83.56 Rev. 10/2013

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
AUTO-CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

SECCION DE PADRES:

Nombre del Padre: _____ # de Familia: _____

1. 1. La auto-certificación de ingresos de empleo es solicitada por la siguiente razón:
   - ☐ El Programa de Educación Preescolar solicita que yo complete esta forma porque mi empleador se ha negado de proporcionar mi información de empleo.
   - ☐ Yo pido que mi empleador no sea contactado para verificar mi empleo por la razón de que podria poner en riesgo mi empleo.
   - ☐ No tengo talones de cheque, recibos, u otra documentación de empleo.
   - ☐ Otro_____

EMPLEADOR	**#1**	**#2**
Primer dia de Empleo:		
Tipo de Trabajo:		
Tarifa de pago: *($____ por ____)*	$	$
Con que frecuencia es pagado? *(Semanal, mensual, etc.)*		
Pagado Por: *(En Efectivo, Cheque)*		
Horario de su Trabajo: *(___AM - ___ PM)*		
Dias que trabaja a la semana: *(Lun. -Vier.)*		
Total de sus ingresos el mes anterior:	$	$

2. Auto-certificación de ingresos **que no son de empleo** cuando ninguna documentación es posible:

Que Tipo?		
Cantidad?		
Con que frequencia?		
Porque?		

Declaro bajo la pena del perjurio que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que pueden pedirme que yo documente mis actividades cada semana.

_____ _____

Firma del Padre Fecha

LAUSD SECTION:

Notes: _____

Assessed By: _____ Date: _____

Rev. 5/2013

Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45* del *Código de Regulaciones Federales*, *en la Sección 8261.5* del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5* del *Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social. Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

☐ SÍ, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____-____-_____

☐ NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

_____ _____
Firma del jefe o jefa de familia Fecha

_____
Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

Usted tiene derecho a acceder a los registros que contengan su información personal. Para obtener más información sobre este sistema de registros, comuníquese con la División de Desarrollo Infantil del Departamento de Educación de California, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814; teléfono (916) 445-1907.

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:

Department of Social Services, Community Care Licensing Division

☐ Los Angeles Northwest Regional Office
6167 Bristol Parkway, Suite 400
Culver City, CA 90230
(310) 337-4333

☐ Los Angeles East Regional Office
1000 Corporate Center Drive, Suite 200B
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350

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)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

PARENT/STUDENT ACKNOWLEDGEMENT FORM

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y DIRECTRICES DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR

Estimado Padre/Madre o Tutor Legal:

Nuestro programa anual notifica a los padres o tutores sus derechos a servicios y programas ofrecidos a través de la Oficina de Educación Preescolar. Usted debe firmar un formulario de notificación y enviarlo a las escuelas de sus hijos como acuse de recibo y que ha sido informado de sus derechos.

Por favor lea la Información para los padres y devolver el formulario firmado abajo a la escuela. Su firma no constituye un consentimiento para participar en algún programa en particular.

---------- corte aqui ----------

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL DE LA INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

Por este medio y con mi firma a continuación, doy acuse de haber recibido la notificación requerida anual de los derechos de los padres / estudiantes en nombre de mi hijo / hija.

Por favor escriba CON LETRA DE MOLDE el nombre, fecha de nacimiento y el grado de su hijo.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Grado

Firma del padre o tutor

Firma del estudiante (6^0 al 12^0 grado

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Conforme a las leyes estatales y federales, los distritos escolares pueden divulgar información del directorio estudiantil a ciertos individuos, organizaciones o funcionarios autorizados. Conforme a lo establecido en el artículo 49073 del Código de Educación de California, el LAUSD ha clasificado las siguientes categorías de información como datos del directorio aptos para su divulgación a los funcionarios y las organizaciones enumerados a continuación. Los padres de los alumnos de 17 años de edad o menores y los alumnos adultos de 18 años de edad o mayores pueden solicitar que el director de la escuela limite la divulgación de la información del directorio o que no divulgue su información en absoluto. La solicitud para impedir la divulgación de la información incluida en el directorio tiene vigencia solo durante el año lectivo en curso.

POR FAVOR LEA Y LLENE EL FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN -INCLUIDO A CONTINUACIÓN- Y ENTRÉGUESELO AL DIRECTOR DE LA ESCUELA. LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PODRÍA DIVULGARSE TAL COMO SE INDICÓ, SALVO A LA ENTREGA DE ESTE FORMULARIO.

LLENE, FIRME Y ENTREGUE ESTE SECCIÓN EN LA ESCUELA DE SU HIJO

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES – MANUAL PARA PADRES Y ALUMNOS

FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (Favor de escribir con letra de molde)	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número telefónico:	Salón de registro:	

INFORMACIÓN INCLUÍDA EN EL DIRECTORIO ESTUDIANTIL

☐ 1. Deseo que **no** se divulgue en lo absoluto a **ningún** individuo u organización.

o

☐ 2. Deseo que no se divulgue la información del directorio estudiantil correspondiente a las casillas a continuación:

	NO DIVULGAR
PTA	
SECRETARÍA DE SALUD	
FUNCIONARIOS ELECTOS	
DCFS	
DEPTO. DE SALUD MENTAL	
DEPTO. DE LIBERTAD VIGILADA	

	NO DIVULGAR
1. Nombre	
2. Domicilio	
3. Número telefónico	
4. Fecha de nacimiento	
5. Fechas de asistencia	
6. Escuela(s) Anterior(es)	

3. Solamente para alumnos del 11° y 12° Grado escolar: Deseo que no se divulgue a la entidad o entidades indicadas a continuación, el nombre y apellido, dirección y número telefónico del alumno nombrado anteriormente.

____ Fuerzas Armadas de los Estados Unidos

____ Agencias de Reclutamiento (Militar)

____ Centros preuniversitarios, universidades, otros

____ Centros de Estudios Superiores

INFORMACIÓN QUE SE PODRÁ DIVULGAR A LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN

☐ Autorizo que el personal de los medios de difusión entreviste, fotografíe o filme a mi hijo.

☐ No autorizo que el personal de los medios de difusión entreviste, fotografíe o filme a mi hijo.

_____
Firma del Padre/Tutor (si el alumno es menor de 18 años de edad)

_____
Firma del alumno (si el alumno tiene por lo menos 18 años de edad)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

NOTIFICACIÓN ANUAL SOBRE EL USO DE PESTICIDAS

El Distrito ha adoptado normas sobre el programa integrado para el control de las plagas (IPM, por sus siglas en inglés). Estas normas establecen que es necesario notificarle a los padres de familia, a los tutores de los alumnos y al personal de la escuela si se usará un pesticida. Durante el año escolar, posiblemente sea necesario usar un pesticida en la escuela de su hijo para evitar los problemas de salud graves que acarrean las plagas y/o para asegurar la integridad de estructuras. Sin embargo, si usted considera que la salud o el comportamiento de su hijo (o la salud del personal escolar) podría verse afectado por estar expuestos a un pesticida, se le notifica lo siguiente:

- Posiblemente se apliquen productos de la Lista de Productos Aprobados durante el año escolar (ver la lista adjunta de pesticidas de uso aprobado para los planteles educativos del Distrito Escolar).
- Si es necesario usar un producto que no se encuentra en la lista de productos aprobados, se le notificará al respecto con 72 horas de anticipación (excepción: casos de urgencia que requieren respuesta inmediata).
- Para información adicional en línea sobre los productos pesticidas, que incluye a los de la Lista de Productos Aprobados, visite: http://www.cdpr.ca.gov

Por favor llene y desprenda el formulario a continuación y entréguelo en la oficina de la escuela, indique si desea que se le notifique con anticipación cada vez que se use un pesticida en la escuela.

Corte esta sección y entréguela si corresponde

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN

Deseo que se me notifique cada vez que se use un pesticida en la escuela (por ejemplo, además de la notificación anual sobre los productos aprobados). Comprendo que la notificación se enviará a mi hogar con mi hijo por lo menos 72 antes de su aplicación. (Excepción: Circunstancias que requieran una respuesta inmediata.)

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

Nombre del alumno: (Escriba con letra de molde)	Salón
Nombre del padre/tutor: (Escriba con letra de molde)	
Firma del Padre/Tutor	

NOTE TO PRINCIPAL (nota para el Director)

Please forward a copy of this notice via school mail to:

Pest Management Department
Maintenance and Operations Central 3 and Special Services
Attention: Adrian Saldivar

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: _____

Department of Social Services, Community Care Licensing Division

☐ Monterey Park Regional Office
1000 Corporate Center Drive, Suite 200B, MS 29-15
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350 FAX (323) 981-3355

☐ Culver City Regional Office
300 N. Continental Blvd., Suite 290B
El Segundo, CA 90245
(424) 301-3077 FAX (424) 301-3200

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)
TOLUCA LAKE CSPP	

(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)

REF-041180.1
October 2, 2018

ATTACHMENT A

Los Angeles Unified School District

Programa de Educación Migrante
Cuestionario Sobre el Trabajo de la Familia

Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios educativos y de salud *GRATUITOS*.
Algunos servicios pueden incluir:

- Tutoría Después de Clases
- Clases los Sábados
- Programas de Preparación para el Kinder
- Ayuda para Recuperar Créditos de la Médicas Secundaria/Preparatoria (High School)
- Academias Universitarias en el Verano
- Campamento al Aire Libre en el Verano
- Academias de Ciencias en el Verano
- Exámenes Dentales/Referencias

Los padres recibirán entrenamiento en lo siguiente:
Como involucrarse en la escuela de sus hijos, como apoyar el logro académico de sus hijos, conocer los requisitos de admisión al colegio y otros servicios. También tenemos información sobre las clases para obtener el certificado del GED, que es un equivalente al diploma de la escuela preparatoria (high school).

¿Se ha mudado usted o algún miembro de la familia a trabajar o buscar trabajo en la agricultura dentro de los últimos 3 años? Sí ❑ No ❑

Si contesto SI, favor de contestar la siguiente pregunta

¿Sus hijos se mudaron con usted cuando fue a trabajar o a buscar trabajo? Sí ❑ No ❑

(Por favor indique todos los trabajos agrícolas y de pesca, temporales o de temporada, que aplican.)

❑ **Trabajo de Campo/Agricultura** Ejemplos: (sembrar, plantar, podar, pizcar, cosechar, empacar, sortear o transportar frutas, vegetales, granos, u otras cosechas; preparación de la tierra, irrigación, fumigación, etc.)	❑ **Huerta** Ejemplos: (pizcar, podar, sortear frutas, árboles de nueces, y viñas, etc.)	❑ **Vivero** Ejemplos: (sembrar, cultivar, plantar, cosechar flores, plantas, árboles, arbustos, hierbas, siembra del césped, etc.)	❑ **Pesca** Ejemplos: (pescar, sortear, empacar, procesar, transportar pescado o mariscos, etc.)
❑ **Lechería/Granja/ Rancho/Ganadería** Ejemplos: (ordeñar, alimentar ganado, transportar animales; crianza de animales de granja, tales como aves de corral, chivos, cerdos, etc.; y venta de sus productos como leche, huevos, queso, etc. para alguien o para el sustento de la familia.)	❑ **Empacadora** Ejemplos: (procesamiento/ tratamiento, almacenaje, congelación, enlatar, empacar frutas, vegetales, carnes, etc.)	❑ **Tratamiento/ Procesamiento de Comida** Ejemplos: (preparar, procesar, tratamiento de comidas como la salsa de tomate, jaleas de fruta, salsa, o procesamiento de trigo o de harina para productos de tortilla, cortar o empacar un surtido de carnes.)	❑ **Silvicultura/Madera de Construcción/ Trabajo Forestal** Ejemplos: (sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles; control de la vegetación, etc.)

Importante: *NO* se requiere pruebas del ingreso familiar o documentos de inmigración para recibir servicios.

Favor de proveer la siguiente información a su escuela:

Nombre del Padre de Familia o Guardián: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

¿Cuál es la mejor hora para llamarle? ❑ 8am-12pm ❑ 12pm-6pm ❑ 6pm-8pm

Nombre del Estudiante: _____

Escuela del Estudiante: TOLUCA LAKE CSPP Grado: _____

Para más información llame a la oficina del Programa de Educación Migrante, del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles al (213) 241-0510

*** TO HOME SCHOOL STAFF ***

Please return this survey to the Migrant Education Office, Beaudry Building, 29TH Floor, within two weeks of student's enrollment, in order to make services available to eligible families. Please call (213) 241-0510 for more information.

REQUISITOS DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA PARA

PRE-KÍNDER

(cualquier centro de cuidado infantil, guardería de día, jardín de infantes, hogar de cuidado familiar de día o centro de desarrollo)

Dosis que se requieren por edad al ingresar y durante cada punto de control de edad después del ingreso[1]:

EDAD AL INGRESAR	NÚMERO TOTAL DE DOSIS DE CADA VACUNA REQUERIDA[2,3]				
2 a 3 meses	1 Polio	1 DTaP	1 Hep B	1 Hib	
4 a 5 meses	2 Polio	2 DTaP	2 Hep B	2 Hib	
6 a 14 meses	2 Polio	3 DTaP	2 Hep B	2 Hib	
15 a 17 meses	3 Polio	3 DTaP	2 Hep B		1 Varicela
	Al cumplir el 1er año de edad o después:			1 Hib[4]	1 MMR
18 meses a 5 años de edad	3 Polio	4 DTaP	3 Hep B		1 Varicela
	Al cumplir el 1er año de edad o después:			1 Hib[4]	1 MMR

1. El padre o tutor del niño debe proporcionar el comprobante de inmunización del niño a la autoridad competente como prueba de que se vacunó no más de 30 días después de que sea sujeto a cualquier requisito adicional según su edad, como se indica en la tabla arriba (Tabla A).
2. Las vacunas combinadas (por ejemplo, MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de las vacunas. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
3. Cualquier vacuna administrada cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
4. Una dosis contra el Hib debe ser administrada al cumplir el 1er año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños que aún no han cumplido los 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular
Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B
Hep B= vacuna contra la hepatitis B
MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

INSTRUCCIONES:

Se requiere que los pre-kínderes (guardería o preescolar) de California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los niños antes de ingresar y durante cada punto de control según la edad del niño.

ADMITA INCONDICIONALMENTE a un niño de 18 meses de edad o mayor cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida según la edad del niño, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA PRE-KINDER

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

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

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

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

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

ELEGILIBILDAD / LISTA DE ESPERA PARA SERVICIOS DE EDUCACIÓN INFANTIL TEMPRANA DEL LAUSD

PRIORITY RANK

Escuela / Centro de Educación Temprana:_____ **Cuota diaria calculada:** _____

PARA SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O PERSONA ENCARGA DEL CUIDADO DEL MENOR	INGRESO MENSUAL BRUTO (ANTES de impuestos) Incluya manutención infantil, ayuda en efectivo y otro ingreso recibido
NOMBRES:	
A. **Relación:**	$
B. **Relación:**	$
☐ *Soy padre/madre soltero(a) y puedo proporcionar prueba de esto*	**INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA: $**
Domicilio:	
Número de teléfono principal para localizarme - Hogar/Celular:	Trabajo:

NIÑOS QUE NECESITAN SERVICIOS	FECHA DE NÁC.	HORAS NECESARIAS PARA EL CUIDADO
Nombre del niño(a):		
Nombre del niño(a):		
Número de niños en la familia menores de 18 años: _____	**NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA:**	

Estoy solicitando servicios de educación infantil temprana para el(los) niños que se incluyen en la lista de arriba. Con el fin de permanecer en la lista de espera, entiendo que es mi responsabilidad actualizar esta información por lo menos cada seis meses o tan pronto como ocurran cambios. Entiendo que la inscripción en este lugar se basa en la disponibilidad de espacio, la prioridad de inscripción y el nivel de prioridad. Cuando se me notifique que hay espacio disponible, entiendo que el personal del LAUSD verificará toda la información de este formulario para asegurarse que mi hijo(a) reúne los requisitos antes de que se le pueda inscribir.

Nombre del Padre o Madre	**Firma del Padre o Madre**	**Fecha**

PARA USO DEL LAUSD SOLAMENTE	
Fecha recibido por el LAUSD:	Fecha en la que se inscribió al niño(a):
Fecha (s) actualizada(s):	Fecha en la que se sacó de la lista:

CCTR	CSPP TIEMPO COMPLETO	CSPP MEDIO DÍA
Prioridad de inscripción: 1ª prioridad: ☐ Servicios de Protección Infantil o en Riesgo 2ª prioridad: ☐ Recibe ayuda en efectivo ☐ Elegible por ingreso ☐ Indigente/sin hogar **Cumple con los requisitos de necesidad:** ☐ Trabaja ☐ En busca de empleo ☐ Asiste a capacitación vocacional ☐ Incapacitado ☐ Indigente y busca una vivienda permanente	**Prioridad de inscripción:** 1ª prioridad: ☐ Servicios de Protección Infantil o en Riesgo 2ª prioridad: ☐ Niño de cuatro años en una familia con ingreso elegible 3ª prioridad: ☐ Niño de tres años en una familia con ingreso elegible **Cumple con el requisito de necesidades:** ☐ Trabaja ☐ En busca de empleo ☐ Asiste a capacitación vocacional ☐ Incapacitado ☐ Indigente y busca vivienda permanente	**Prioridad de inscripción:** 1ª prioridad: ☐ Servicios de Protección Infantil o en Riesgo 2ª prioridad: ☐ Niño de cuatro años en una familia con ingreso elegible 3ª prioridad: ☐ Niño de cuatro años en una familia cuyo ingreso es inferior al 15% del límite de ingreso 4ª prioridad: ☐ Niño de tres años en una familia con ingreso elegible

COMENTARIOS:

REQUISITOS DE **INMUNIZACIÓN DE CALIFORNIA** PARA EL

Cuidado infantil

CDPH

REFERENCIA Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075

INSTRUCCIONES Para asistir al cuidado infantil, los niños deben vacunarse como anotado abajo, de acuerdo a su edad. Los padres deben presentar el Comprobante de Vacunación de su hijo antes de inscribirlo. Anote la fecha completa de cada vacuna en el Comprobante de Vacunación Escolar de California (la tarjeta azul). De esa manera, puede determinar si el niño está al día. Las tarjetas azules se pueden solicitar sin costo alguno al Coordinador de Vacunación de su departamento de salud local. Como proveedor de cuidado infantil, es su responsabilidad dar seguimiento con regularidad hasta que los niños hayan recibido todas sus vacunas.

VACUNAS REQUERIDAS PARA ASISTIR A LA GUARDERIA, POR EDAD

Edad al entrar	Vacunas requeridas
2 a 3 meses	1 de cada una de las siguientes: poliomielitis, DTaP, Hib, Hep B
4 a 5 meses	2 de cada una de las siguientes: poliomielitis, DTaP, Hib, Hep B
6 a 14 meses	3 DTaP
	2 de cada una de las siguientes: poliomielitis, Hib, Hep B
15 a 17 meses	3 de cada una de las siguientes: poliomielitis, DTaP
	2 Hep B
	1 MMR en la fecha en que cumple un año de edad o después[1]
	1 Hib en la fecha en que cumple un año de edad o después[1, 3]
18 meses a 5 años	3 poliomielitis
	4 DTaP
	3 Hep B
	1 MMR en la fecha en que cumple un año de edad, o después[1]
	1 Hib en la fecha en que cumple un año de edad, o después[1, 3]
	1 varicela

Vacunas

DTaP: Vacuna combinada contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.
Hib: Vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo b; requerida sólo para los niños de hasta 4 años y medio (4 años, 6 meses).
MMR: Vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola.
Hep B: Hepatitis B.
Varicela: Vacuna contra la varicela.
Puede admitir a un niño aunque le falten una o más dosis de las vacunas requeridas, si es que las dosis aún no le corresponden, **con la condición** de que reciba la(s) dosis restantes cuando se las tenga que aplicar, de acuerdo al calendario de vacunas arriba. Usted tendrá que dar seguimiento para verificar que el niño se vacunó. Si transcurrió el intervalo de tiempo máximo entre las dosis, no se puede admitir al niño hasta que reciba la próxima vacuna.

[1] Comprobante de la dosis hasta 4 días antes del cumpleaños satisface el requisito para entrar a la guardería.
[2] Si un niño tuvo varicela y el doctor lo documentó en su Comprobante de Vacunación, se ha cumplido el requisito. Escriba "enfermedad" en el espacio de varicela en la tarjeta azul en donde generalmente se escribe la fecha.
[3] Requerida sólo para niños menores de 4 años y medio (4 años, 6 meses).

CUANDO DEBE RECIBIR LAS PROXIMAS VACUNAS

Poliomielitis No. 2	entre 6 y 10 semanas después de la primera dosis
Poliomielitis No. 3	entre 6 semanas y 12 meses después de la segunda dosis
DTaP No. 2, No. 3	entre 4 y 8 semanas después de la dosis anterior
Hib No. 2	entre 2 y 3 meses después de la primera dosis
DTaP No. 4	entre 6 y 12 meses después de la tercera dosis
Hep B No. 2	entre 1 y 2 meses después de la primera dosis
Hep B No. 3	Para los niños menores de 18 meses de edad: entre 2 y 12 meses después de la segunda dosis y al menos 4 meses después de la primera dosis Para los niños mayores de 18 meses de edad: entre 2 y 6 meses después de la segunda dosis y al menos 4 meses después de la primera dosis

EXENCIONES La ley permite que los padres o tutores opten por eximir a sus hijos de los requisitos de vacunación debido a sus creencias personales o por motivos médicos. Para los niños con exenciones médicas, la declaración escrita del doctor deber ser presentada. El personal de la guardería debe mantener una lista actualizada de los niños con exenciones para que en el caso de un brote, esos niños puedan ser excluidos de la guardería. El personal de la guardería rápidamente.

Para más información, visite ***ShotsForSchool.org***

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

Formulario de registro

Introducción

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

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

LLENE AMBOS LADOS DEL FORMUARIO		**Fecha de solicitud:**
Información del padre/tutor No 1		
Apellido	Primer nombre:	
Dirección	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo/otro:	Idioma materno:
Nombre del empleador/escuela:	Código postal de trabajo/escuela:	
Indique si su hogar es una	o Familia con 1 padre/madre	o Familia con dos padres
Información del padre/tutor No 2 (Llene únicamente si hay otro padre/tutor que vive en la misma casa)		
Apellido:	Primer nombre:	
Nombre del empleador/escuela:	Código postal de trabajo/escuela:	Teléfono de Trabajo/otro:

Razón de la necesidad de cuidado infantil (Marque todas las que aplican)		
	Padre No 1	Padre No 2
Trabaja	o	o
Asiste a la escuela o está en capacitación laboral	o	o
Medicamente discapacitado/invalido	o	o
En busca de trabajo	o	o
Sin hogar/en busca de vivienda	o	o
Trabajador migrante	o	o
Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño	o	o

Participación en CalWORKs (Ayuda financiera)		
¿Recibe actualmente ayuda financiera? o Si o No	Si NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? o Si o No	Si su respuesta es SI, anote la última fecha del pago de ayuda financiera ____/____/____/

Ingresos mensuales y fuentes (Ingrese total de dólares antes de impuestos y deducciones para cada fuente de ingresos de padres/tutores en el hogar)

	Padre/tutor # 1	Padre/tutor # 2
Trabajo/empleo	$	$
Pensión alimentaria para hijos	$	$
Pensión alimentaria para cónyuge	$	$
Discapacidad estatal	$	$
Beneficios por desempleo	$	$
Comisiones por ventas/trabajo	$	$
Ayuda financiera (CalWORKs)	$	$
Compensación al trabajador	$	$
Seguro social	$	$
SSI/SSP	$	$
Otro (explique):	$	$

Hijos que viven en el hogar (Todos los hijos menores de 18 años de edad que son miembros de la familia Agregue una hoja adicional de ser necesario)

			Marque solo si se necesita cuidado infantil		
Nombre y apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Tiempo completo	Medio Tiempo	Tardes/fines de semana
1.	F M		o	o	o
2.	F M		o	o	o
3.	F M		o	o	o

Pagos por cuidado temporal como padres a niños

¿Recibe usted actualmente pagos por cuidado adoptivo temporal por alguno de los niños que aparecen arriba? Marque cual niño y anote la cantidad mensual.

o Hijo No. 1 $_____ o Hijo No. 2 _____ o Hijo No. 3 _____

Necesidades especiales (Marque todas las que aplican)

	Hijo No1	Hijo No. 2	Hijo No.3
Servicios de protección a niños	o	o	o
El niño tiene IFSP (Plan individual de servicios para la familia) o IEP (Plan individual de educación)	o	o	o
El niño recibe servicios a través del Centro regional o el Distrito escolar local	o	o	o
Comportamiento/emocional social	o	o	o
Problemas de salud continuos	o	o	o
Retrasos del desarrollo	o	o	o
Habla/comunicación	o	o	o
Visión o audición	o	o	o
Otro (por favor explique):	o	o	o

Ubicación p programa preferido (Escriba a continuación su código postal de preferencia si es distinto al del hogar o lugar de trabajo. Puede anotar el nombre del programa de su preferencia para su hijo)

Hijo No. 1	Código postal:	Nombre del programa/agencia:
Hijo No. 2	Código postal:	Nombre del programa/agencia:
Hijo No. 3	Código postal:	Nombre del programa/agencia:

Hijos en edad escolar (Llenar solo para los hijos en edad escolar)

Hijo No. 1	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar:
Hijo No. 2	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar:
Hijo No. 3	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar: