



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs

524 Palisade St
Pasadena, CA 91103
(626) 396-5762 ext. 10070

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN PARA TODOS LOS PROGRAMAS SUBVENCIONADOS

- ◇ **Acta de Nacimiento para todos los niños en la familia** o el certificado del hospital. Pasaportes **no** serán aceptados
- ◇ **Los registros actuales de inmunización** con todas las vacunas requeridas para la inscripción del niño y una **prueba de tuberculosis** actual
- ◇ **Examen físico:** realizado en el último año (pagina #8)
- ◇ **Copia del IEP:** si le aplica
- ◇ **Comprobante de Domicilio:** factura actual de servicios públicos o contrato de alquiler
- ◇ **Comprobante de ingresos:** talones de sueldo que completan el último mes, o TANF/DSS con número de caso y forma de verificación mostrando la cantidad de la ayuda
 - Si se le paga semanal: 4 talones de pago para el mes actual; si se le paga quincenal: 2 talones de pago; si se le paga mensual: 2 talones de pago
 - Si está desempleado o en búsqueda de empleo: copia de los talones de cheque de desempleo o carta de adjudicación o una carta de un empleador anterior indicando terminación de empleo
 - Si es independiente: como mínimo: dos meses de facturas/recibos que demuestran las ganancias y pérdidas
 - Otros ingresos (si le es aplicable): manutención de los hijos – orden judicial o auto declaración, compensación de trabajadores o discapacidad
- ◇ **Pago requerido de \$25 para paseo escolar:** Esta cuota se colectara el día de la matriculación. Note que la cuota no será reembolsable. **Cheques o giros postales solamente.** Dinero en efectivo no será aceptado

SOLAMENTE LAS FAMILIAS QUE ESTÉN APLICANDO PARA EL PROGRAMA PRE-ESCOLAR DE TODO EL DÍA O EL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA DEBERÁN INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ADICIONALES:

- ◇ **Comprobante de Necesidad:** para familias que ocupan el programa pre-escolar de todo el día y después de escuela.
 - Verificación de Empleo comprobando los días y horas que trabaja
 - Entrenamiento o Escuela: Horario de clases comprobando los días y horas que está estudiando
 - Familias que trabajan por su cuenta:
 1. Declaración bajo pena de perjurio detallando el tipo de trabajo que está haciendo.
 2. Documentos comprobando las horas que requiere su trabajo. Pueden ser nombres de clientes con número de teléfono, recibos colectados demostrando pago de sus clientes, copias de su agenda demostrando sus horas de empleo.
 3. Copia de licencia de negocio y contrato de renta para el negocio si es aplicable



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs

524 Palisade St
Pasadena, CA 91103
(626) 396-5762 ext. 10070

*******Important Message for all Parents*******

Please note that all families who have a family fee for services being received must pay their fees on the first of each month.

Families enrolled in a Full Day preschool program must pay their fees at the Children's Center in which their child is attending.

If you are enrolled in a 3 hour preschool program your payment is to be made at:

**Early Childhood Education Programs at Cleveland
524 Palisade St
Pasadena, CA 91103**

**Personal checks and money orders only.
We cannot accept cash.**

*******Mensaje Importante Para Los Padres*******

Por favor tomen en cuenta que las familias que tienen una cuota por los servicios recibidos deben de pagar al principio del mes.

Las familias registradas en el programa de todo el día deben de pagar en el centro donde sus niños/niñas están registrados.

Las familias en el programa pre-escolar de 3 horas deben de pagar en el centro de Burbank.

**Early Childhood Education Programs at Cleveland
524 Palisade St
Pasadena, CA 91103**

**Solamente aceptamos cheques personales y giros postales.
Dinero en efectivo no será aceptado.**

PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 Early Childhood Education Center
 524 Palisade Street Pasadena, CA 91103
 Tel. (626) 396-5762 * Fax (626) 798-7738
EMPLOYMENT & INCOME VERIFICATION

PRESCHOOL CENTER: _____
NOMBRE DE LA ESCUELA

NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR

NAME OF STUDENT: _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE

HOME ADDRESS: _____
DOMICILIO

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN FIRMA DE MADRE/PADRE/TUTOR

TODAY'S DATE FECHA DE HOY

I authorize my employer, described below, to release the requested employment information, without liability, to:
Autorizo a mi empleador, descrito anteriormente, para dar la información de empleo solicitado, sin responsabilidad, a:

Early Childhood Education Center
 524 Palisade Street Pasadena, CA 91103
 Tel. (626) 396-5762 * Fax (626) 798-7738

FOR EMPLOYER USE ONLY PARA USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE

Dear Employer:

Please fill in the following information and fax or mail this form to our agency at the fax/address above.

DATE EMPLOYMENT BEGAN: _____ **TODAY'S DATE:** _____

NAME OF EMPLOYER: _____

WORKSITE ADDRESS: _____

WORKSITE PHONE NUMBER: _____ **OCCUPATION:** _____

USUAL BUSINESS DAYS & HOURS: _____ **WEBSITE:** _____

DAILY SCHEDULE (e.g. 9:00 am to 5:00 pm) **MAX HOURS:** _____ **PER DAY OR PER WEEK (CIRCLE ONE)**

SUNDAY	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
to	to	to	to	to	to	to

AMOUNT OF GROSS PAY: \$ _____

PAY SCHEDULE (Frequency gross pay is received):

Daily Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly Other: _____

METHOD OF PAYMENT: Cash Check Other: _____

NAME AND TITLE OF EMPLOYER'S REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF EMPLOYER'S REPRESENTATIVE

FOR OFFICE USE ONLY – PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

- I have contacted the employer and verified that the employment information above is accurate.
- I have contacted the employer and corrected the employment information as shown above. All remaining information has been verified and deemed accurate based on the employers' comments.
- I have contacted the employer and I have entered the information above based on the employers' comments.

The following information has been verified and noted above:

Work Days Work Hours Pay Frequency Hourly Rate Gross Pay Date Employment Began

 Date Verified Time Verified

 Name and Title of Employer Representative

 Signature of Agency Representative

DATE	RECORD OF EMPLOYER CONTACT
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Complete la forma con tinta negra o azul y escriba lo más claramente posible. Muchas gracias.

Teacher's Name: _____

Room #: _____ Date input: _____ Stu# _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido[s] _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sufijo _____ Sexo /
Masculino / Femenino

Grado actual _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Edad _____ Apodo _____

Dirección POSTAL (Calle y número de apartamento) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección DE LA CASA (Calle y número de apartamento) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ciudad de nacimiento _____ Estado/Provincia de nacimiento _____ País de nacimiento _____ (_____) _____
Número de teléfono de casa _____

Sí su hijo nació en otro país, desde cuándo vive en Estados Unidos (mes/año) _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El estudiante vive con: Ambos Padres Con la madre Padre y madrastra Padres de Crianza
 Tutor(es) Legal(es) Con el padre Madre y padrastro Otro: _____

Nombre de la Madre o de la Tutora Legal: _____ (_____) _____
Apellido[s], Nombre _____ Número de teléfono principal _____ Número de teléfono alterno _____
 Celular de Casa de Trabajo Otro Celular de Casa de Trabajo Otro

Nombre del Padre o del Tutor Legal: _____ (_____) _____
Apellido[s], Nombre _____ Número de teléfono principal _____ Número de teléfono alterno _____
 Celular de Casa de Trabajo Otro Celular de Casa de Trabajo Otro

Contacto principal (marque sólo uno): Madre / Tutora Legal Padre / Tutor Legal

Correo Electrónico del padre o madre (anote sólo uno, por favor): _____

La Familia vive en:

Residencia Familiar Hotel/Motel Institución autorizada para albergar menores
 Hogar de crianza temporal o con parientes A la intemperie Otro: _____
 Junto con otra Familia de forma temporal Hogar de crianza en espera de reubicación bajo cuidado _____

¿Usted o algún miembro de su familia inmediata ha trabajado en la agricultura, la pesca o la elaboración de alimentos de forma temporal en los últimos tres años? Sí No

INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL ESTADO DE CALIFORNIA

¿Cuál es la ETNIA de su hijo? (marque sólo una, por favor) **Hispano o Latino**
En este caso, independientemente de la raza: personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o suramericano, o cualquier otra cultura hispánica.
 Ni Hispano ni Latino

¿A qué RAZA pertenece su hijo? Por favor, marque AL MENOS UNO, y hasta un máximo de cinco grupos raciales. La primera parte de la pregunta se refiere a origen étnico, no a la raza. Además de la elección que marcó arriba, por favor seleccione una o más de las opciones que se listan en seguida, dependiendo de las que usted considere son aplicables a la raza o razas a las que pertenezca su hijo.

Indio Americano o Nativo de Alaska Camboyano Hmong Nativo de Hawaii/Islands del Pacifico Vietnamita
 Armenio Chino Japonés Otra, Asiática Blanco
 Indo asiático Filipino Coreano Samoano
 Negro o Afroamericano Guamés Laosiano Tahitiano

Nivel Educativo del Padre o Tutor (por favor sólo marque el NIVEL MÁXIMO de escolaridad de alguno de los padres):

Título Universitario/Estudios de Posgrado Algunos Estudios Universitarios [Incluido título de Nivel Medio (AA)] No se graduó de la preparatoria
 Graduado Universitario Graduado de preparatoria

¿Su hijo estuvo en clases de pre-escolar? Sí No En caso de que sí, ¿en qué escuela? _____

¿Cuándo inscribió a su hijo por primera vez en Estados Unidos en una escuela de los grados K al 12? (mes/día/año) _____ Grado _____

¿Cuándo inscribió a su hijo por primera vez en California en una escuela de los grados K al 12?? (mes/día/año) _____ Grado _____

FOR OFFICE USE ONLY	Enrolling School: _____	Today's Date: _____	Enrollment Date: _____
Verification of Legal Name and Birth date by:		Medical:	Student's Perm. ID #: _____
<input type="checkbox"/> Birth Cert	<input type="checkbox"/> Hospital Cert	<input type="checkbox"/> Passport/Visa	Form Processed By: _____
<input type="checkbox"/> Baptism	<input type="checkbox"/> School Records	<input type="checkbox"/> Affidavit	
		Immunizations completed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exempt	
		Verified by (name): _____	

PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT – STUDENT REGISTRATION FORM – PAGE 2

· APELLIDO[s] DEL ESTUDIANTE _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ PERM.ID# _____

ENCUESTA DEL IDIOMA PREDOMINANTE EN EL HOGAR

¿Cuál es el idioma natal de su niño? _____

¿Cuál es el idioma que más habla su niño en la casa? _____

¿Cuál es el idioma que usted usa con más frecuencia para hablar con su niño? _____

En caso de que fuese posible, ¿en qué idioma le gustaría a usted recibir información relacionada con la escuela de su hijo? _____

DATOS DE OTROS MENORES QUE VIVAN EN EL MISMO HOGAR

Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela a la acude _____ Grado _____

Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela a la acude _____ Grado _____

Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela a la acude _____ Grado _____

Apellido[s], Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela a la acude _____ Grado _____

HISTORIAL ESCOLAR

¿Su hijo ha estado inscrito alguna vez en escuelas del Distrito Escolar Unificado de Pasadena (incluido Pre-K o escuela de verano)? Sí No

Mi hijo [la divulgación de estos datos ES UN REQUERIMIENTO del Código de Educación de California 48915.1(b)]:

No tiene orden ni recomendación de expulsión emitida por otro distrito escolar.

Actualmente tiene una orden de expulsión, o fue recomendada su expulsión por parte del Distrito Escolar _____.

ESCUELAS EN LAS QUE HA ESTADO INSCRITO - POR FAVOR INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS ESCUELAS

Nombre de la escuela anterior _____ Distrito Escolar _____ Ciudad _____ Estado/ Condado _____ Grado(s) _____

Nombre de la escuela anterior _____ Distrito Escolar _____ Ciudad _____ Estado/ Condado _____ Grado(s) _____

Nombre de la escuela anterior _____ Distrito Escolar _____ Ciudad _____ Estado/ Condado _____ Grado(s) _____

ESCUELA Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA

Mi hijo recibe o ha recibido los siguientes servicios (Por favor marque todos los que sean pertinentes):

- Plan 504
- Educación para Dotados y Talentosos (GATE)
- Título I
- Programa Alternativo/Bilingüe (exención)
- Educación Especial/IEP, por favor, detalle: _____
- Otro, por favor indique cual: _____
- Desarrollo del Idioma Inglés
- Servicios de Habla/Lenguaje (IEP)
- Mi hijo no ha recibido ninguno de estos servicios

DATOS DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA

Nombre, dirección y teléfono del médico que los atiende: _____

Nombre de algún pariente: _____ Parentesco con el niño: _____ Teléfono: _____

Otro Contacto para casos de emergencia: _____ Parentesco con el niño: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS DEL ESTUDIANTE - AUTORIZACIÓN DE DATOS CONFIDENCIALES FERPA

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Pasadena para que de información a Paradigm, proveedor de la LEA, con propósitos de facturación por los servicios de salud prestados por la escuela a mi niño para el fin de recibir el reembolso federal. Este reembolso ayuda a cubrir el costo de la prestación de dichos servicios. Toda la información se mantendrá confidencial. Iniciales del Padre o Tutor _____

INFORMACION SOBRE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Muchas compañías de seguros no cubren los servicios de salud escolar, pero los distritos escolares deben tratar de cobrarles a las agencias por estos servicios. Si su hijo tiene seguro médico privado (no de Medi-Cal) ¿autoriza al PUSD para que intente cobrarle a la compañía de seguros? Si no, tenga en cuenta que los servicios de salud en la escuela se le seguirán prestando a su hijo y los padres no tendrán que pagar nada. En caso de que nos de la autorización, por favor complete lo siguiente: Sí No

Compañía de seguros: _____ Póliza # _____ Grupo # _____ Teléfono # _____

El estudiante podrá salir de la escuela sólo con las personas autorizadas en esta forma. En casos de emergencia, y sólo con la autorización previa del padre o tutor, no se le dará ningún tratamiento médico. Certifico que toda la información es exacta y para mantener a mi hijo seguro me comprometo a informar de cualquier cambio de domicilio, teléfono, o información de emergencia a la escuela dentro de cinco días hábiles.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

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

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

1000 Corporate Center Drive #200B M.S. 29-15

CIUDAD

Monterey Park, CA

CÓDIGO POSTAL

91754

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(323) 981-3351

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)

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

DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services Community Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 1000 Corporate Center Dr #200B M.S. 29-15, Monterey Park, CA 91754

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (323) 981-3351

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

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



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs

REE HUDSON
Director

BRIAN MCDONALD
Superintendent

Declaración Para Ceder Información

Por la presente autorizo a los Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Complementario del Distrito Escolar Unificado de Pasadena y a sus agentes a verificar cualquier información que yo proporcione para determinar la elegibilidad de mi familia para los servicios de desarrollo del niño. Esto incluye, pero no se limita a, declaraciones de empleadores, instituciones de capacitación, médicos, clínicas médicas, profesionales de la salud mental, agencias gubernamentales de la ciudad, el condado y el estado.

Además, entiendo que a mi familia no se le proporcionarán servicios del desarrollo del niño hasta que la información que proporcione esté completa y verificada en la medida en que los Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Complementario del Distrito Escolar Unificado de Pasadena lo consideren necesario.

Además, entiendo que para recibir servicios del Estado de California del Programa preescolar de día completo o de medio día, o Programas de antes y después de la escuela de cuidado general de niños (School Age CCTR), las familias que se inscriban deberán cumplir los criterios de elegibilidad. Además de cumplir con los requisitos de elegibilidad, para ser elegible para los servicios, el niño debe vivir en el Estado de California mientras se reciben los servicios.

Cuando una familia cumple con los requisitos de elegibilidad y necesidad en la certificación inicial o recertificación, se considerará que una familia cumple con todos los requisitos de elegibilidad y necesidad por no menos de 12 meses.

Por último, entiendo que cualquier cambio en el tamaño de la familia, los ingresos, el estado civil, el estado laboral o la residencia se puede informar voluntariamente, disminuyendo la necesidad del servicio en condiciones específicas. Después de informar los cambios, el contratista debe volver a determinar la elegibilidad continua de la familia para los servicios de cuidado infantil, incluyendo la elegibilidad para otros programas de cuidado infantil financiados con fondos estatales o federales.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs

Nombre de Escuelita: _____

Nombre del Niño/a: _____

Aviso Sobre las Leyes y Reglamentos que Conciernen a la Información Fraudulenta

El Código de Educación Sección 8263 establece la elegibilidad y los requisitos necesarios para el cuidado infantil y programas de desarrollo patrocinados por el estado y la Parte 45 del Código de Reglamentos Federales, Partes 98 y 99, Secciones 98.20 y 98.21, establece la elegibilidad y requisitos necesarios para el Cuidado Infantil y Programas de Desarrollo del Título IV-A.

Las leyes manifiestan que si un padre de familia o tutor legal proporcionó información fraudulenta para obtener honorarios reducidos o para ser considerado elegible para recibir estos servicios, los padres o tutor serán notificados de su condición de no elegibles, o sobre los honorarios incorrectos, y tendrán que reembolsar al programa por los servicios proporcionados durante el periodo en que no eran elegibles o por los honorarios incorrectos basados en la información fraudulenta.

Cada uno de los programas debe informar a los candidatos, padres de familia, y otros que reciben los servicios de cuidado infantil y servicios de desarrollo sobre estas leyes y reglamentos al momento de iniciar la matricula dentro del programa y cada vez que se tenga que renovar.

Los padres de familia serán notificados cuando se haya comprobado que han proporcionado información fraudulenta por medio de un "Aviso Disciplinario, CD-7617-F", entregado por el Técnico de Elegibilidad u otro designado del centro de Programas de Educación Temprana y Aprendizaje Extendido.

"Yo he leído y comprendido el aviso anterior."

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

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
-------------------	-----------

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

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____ DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA
()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO
()

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA 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 ALMUERZO CENA	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER? SÍ NO

¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿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
-----------------------	-------

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

en la _____. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)

a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

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

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

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

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: 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/DaP/ 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 Practitioner

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 anomalías 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.

GUÍA PARA PADRES SOBRE LAS VACUNAS REQUERIDAS PARA PRE-KÍNDER (GUARDERÍA)



Empezando el 1 de julio de 2019

Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño/a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2–3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4–5 meses	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6–14 meses	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15–17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)
18 meses–5 años	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1^{er} año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Childhood Education Programs

REE HUDSON
Director

JULIE REYNOSO
Asst. Superintendent, Elementary Schools

Estimados padres,

Si usted está interesado/a en ser voluntario en alguna de nuestras escuelas prescolares, de acuerdo al Departamento de Salubridad y Agencia de Servicios Humanos, el Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Licencias de Cuidado Comunitario, a partir del 1° de septiembre del 2016, debemos implementar SB 792. Adicionalmente, necesitará dar documentación de la **prueba de tuberculosis** dentro del último año.

1596.7995.

(a)(1) A partir del 1° de septiembre del 2016, una persona **no podrá** ser empleada o **ser voluntaria en una guardería si no ha sido vacunada contra,**

1. Influenza, 2. Pertusis, y 3. Sarampión.

Cada empleado/a y **voluntario/a** deberá recibir una vacuna contra la influenza entre agosto 1 y diciembre 1 de cada año.

(2) Si una persona tiene completos los demás requisitos para el empleo o **voluntariado**, según corresponda, pero necesita tiempo adicional para obtener y proporcionar sus registros de inmunización, la persona puede ser empleada o voluntaria condicional por un **máximo de 30 días al firmar y presentar una declaración escrita certificando que él o ella han sido vacunados como requerido.**

(b) Una persona está **exenta** de los requisitos de esta sección solamente bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

(1) La persona presenta una declaración de un médico con licencia que declara que debido a la condición física de la persona o circunstancias médicas, la inmunización no es segura.

(2) La persona somete una declaración escrita de un médico licenciado que declara que la persona tenga evidencia de inmunidad actual a las enfermedades descritas en la subdivisión (a).

(3) La persona somete una declaración escrita de que ha rechazado la vacuna contra la influenza. Esta exención se aplica solo a la vacuna contra la influenza.

(4) La persona fue contratada después del 1° de diciembre del año anterior y antes del 1° de agosto del año en curso. Esta exención solo se aplica a la vacuna contra la influenza durante el primer año de empleo o de voluntariado.

(c) La guardería debe mantener la documentación de las inmunizaciones requeridas para las exenciones de inmunización, como se establece en esta sección, en el registro de la persona que es mantenida por la guardería.

(d) La Sección 1596.890 no se aplica a una violación de esta sección.

(e) Para propósitos de esta sección, "voluntario" significa cualquier persona no empleada por la agencia que proporciona cuidado y supervisión a los niños.

He recibido los requisitos de inmunización y tuberculosis para empleados y voluntarios de cuidado de niños.

Nota: Al firmar esta forma no se le despeja como voluntario. Por favor regístrese en la oficina principal.

Firma del padre/guardián

Nombre del padre/guardián

Escuela

Fecha

Distrito Escolar Unificado de Pasadena
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN TEMPRANA

**REFERENCIA DEL SERVICIO SOCIAL DE SALUD
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES**

Durante la registración/recertificación y cuando surja la necesidad, los padres deben hacerse consciente de la salud y servicios sociales que están disponibles para satisfacer las necesidades individuales de la familia. Por favor revise los siguientes servicios y de circule el número al lado del servicio solicitado.

1	Alimentos	6	Servicios médicos	11	Inmunizaciones	16	Escuela evaluación relacionado	21	Actividades para jóvenes
2	Ropa	7	Tutoría	12	Empleo	17	Educación para padres / Clases para padres	22	Ayuda legal o Ciudadanía
3	Vivienda	8	Servicios de la visión	13	Asesoramiento (individuo, familia, Grupo)	18	Clases de ESL o Alfabetización	23	Otros:
4	Transporte	9	Servicios de audición	14	Profesional Entrenamiento	19	Información de GED Gradación de secundaria		
5	Educación para la salud	10	Servicios dentales	15	Menor de edad embarazada Programa	20	Inmigración/Naturalización		

¿Su familia tiene algún problema (s) que está afectando actualmente a usted o a su familia?

Verificación: Esto es para verificar que personal del Departamento de desarrollo de niño PUSD ha revisado la evaluación conmigo y

____ Estoy solicitando una referencia para las áreas indicadas

____ No necesito ayuda en este momento. Si necesito ayuda en el futuro, notificaré al personal apropiado.

Nombre del niño _____ Centro _____ Fecha de _____

Nombre del padre _____ Firma del padre _____

In the space below, write the number and the referral you are making. Follow up with the parents within thirty (30) days to ensure that the needs have been addressed.

Follow up date _____ (within 30 days of initial date)

Outcome: _____



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
OFICINA DEL SUPERINTENDENTE

Estimados Padres de Familia/Tutores:

Puede ser que el Distrito Escolar Unificado de Pasadena (“Distrito”) produzca o participe en algún video, película, audio-grabación, página Web, o producción de fotografía, radiodifusión, y/o publicación, en las cuales se podrían incluir nombres de los estudiantes, su retrato, o sus voces. Dichas producciones las usará el Distrito para exhibiciones, promociones, propaganda, u otros propósitos educacionales, no comerciales y no se venderán a otros sistemas escolares o educadores profesionales. Dichas producciones se pueden copiar, proteger con los derechos de autor, editar, y el Distrito las puede distribuir en la manera descrita arriba.

En caso de que **no firme** ni devuelva este formulario a la escuela de su hijo, usted exime al Distrito de cualquiera y todas las reclamaciones, acciones y demandas que surjan de o en conexión con el uso de dicho video, película, grabación de audio, página web, o fotografía, incluyendo, sin limitación, cualquier y todos los reclamos por invasión de la privacidad y difamación. Esta exoneración tendrá efecto para beneficio y protección de los cesionarios, las licencias y los representantes legales del Distrito, así como la parte a la que el Distrito tomó el video, película, grabación de audio, página web o fotografía.

Si usted **desea negar** al Distrito el uso del nombre, la imagen o la voz de su hijo, de la manera descrita anteriormente, y el derecho a usar y reutilizar, de cualquier forma el vídeo, película, grabación de audio, página web, o producciones fotográficas, transmisiones y / o publicaciones como las descritas anteriormente, **por favor complete la sección de abajo y devuélvala a su escuela local. Si usted no firmar ni envía este formulario, se dará por sentado que usted ha dado el consentimiento para que el nombre la imagen o la voz de su hijo pueda ser utilizado por el Distrito de la manera descrita anteriormente.**

Fecha

Escuela

Nombre del estudiante (letra de molde)

Grado escolar

del estudiante

Le niego al Distrito el uso del nombre, la imagen o la voz de su hijo, de la manera descrita anteriormente, y el derecho a usar y reutilizar, de cualquier forma el vídeo, película, grabación de audio, página web, o producciones fotográficas, transmisiones y / o publicaciones como las descritas anteriormente.

Nombre del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Note to Principal or Office Manager: Make a copy of this opt-out form and send the copy via District mail to the **PUSD Office of Communications**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA
 PERMISO DE LOS PADRES Y FORMA DE EXENCIÓN
 VIAJES Y EXCURSIONES ESCOLARES

POR FAVOR TOME NOTA:

El Código de Educación del Estado de California, Sección 35330, en parte, dispone lo siguiente: Se considerará que todas las personas que efectúan viajes o excursiones han renunciado a todo reclamo contra el distrito, una escuela charter o el Estado de California en caso de lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por motivo del viaje o excursión. Todos los adultos que salgan a otro estado debido a paseos o excursiones, así como los padres o tutores de los alumnos que salgan del estado a paseos o excursiones deberán firmar una declaración renunciando a todo reclamo. Se reconoce que la participación en el viaje u excursión es completamente voluntaria. No hay consecuencias si decide que su hijo no participe.

PERMISO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los padres de familia o el tutor otorgan el permiso en caso de viajes o excursiones durante el transcurso del año escolar, con la siguiente forma:

Mi hijo, _____ inscrito en la escuela _____ cuenta con mí autorización para que participe en viajes o excursiones escolares durante el año escolar

La autorización será por el periodo de _____ a _____.

 Firma del padre, la madre o el tutor

 Fecha

___ Por favor, marque aquí en caso de que en el expediente escolar del estudiante existen instrucciones para algún tratamiento médico en especial.

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

En caso de que sea necesario que mi hijo tenga tratamiento médico durante su participación en este viaje, le permito al personal del Distrito Escolar Unificado de Pasadena que aplique su criterio para obtener el servicio médico para el niño y doy permiso al médico seleccionado por el Distrito Escolar Unificado de Pasadena para ofrecer el tratamiento médico necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Pasadena no tiene seguro que cubra dichos gastos médicos o de hospital incurridos por mi hijo y, por lo tanto, cualquier costo incurrido por dicho tratamiento será mi responsabilidad.

Escuela _____

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Teléfono para urgencias _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Firma del padre _____



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Childhood Education Programs

Permiso para Caminar en una Excursión en el Vecindario

Ocasionalmente durante el año los programas preescolares y de edad escolar tendrán viajes de estudio corto cerca de la escuela para aumentar interés y significado a sus experiencias de aprendizaje. Se harán preparaciones anticipadas para la buena conducta y la seguridad con los niños.

Su permiso por escrito se requiere antes de que su hijo/hija puede dejar la escuela con la clase en estos viajes, así que se le suplica que firme el permiso más abajo para que sea remitida a la maestra.

Yo, _____ doy mi permiso para que

(Nombre del padre)

_____ vaya con su clase en los viajes cortos de

(Nombre del estudiante)

estudio y conducidos por el/la maestro/a. Yo comprendo que estos son viajes caminando

cerca de la escuela u que se tomaran precauciones adecuadas de salud y seguridad.

Firma del padre/tutor

Fecha



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs

**Hoja de Tiempo Individualizada del Niño/a y
Póliza de Cuotas para Familias Que No Recogen a sus Niños/as a Tiempo**

Hoja de Tiempo Individual del Niño/a

Las personas autorizadas que figuran en la tarjeta de emergencia del estudiante y tienen 18 años de edad deberán llegar a las horas contratadas asignadas y aprobadas. El tiempo real debe estar firmado y escrito en la hoja de tiempo individual del niño/a. Si no se registra la hora actual, nuestra oficina tendrá derecho de corregirlo y documentarlo.

Cargos por Pagos Atrasados

Las familias que lleguen tarde para recoger a sus hijos más allá de sus horas contratadas recibirán un Aviso de Retiro Tardío. Después de que se hayan entregado tres (3) notificaciones tardías a una familia, los servicios pueden ser transferidos para adaptarse mejor a las necesidades de la familia o eliminarse si las familias no cumplen con las regulaciones estatales.

Las familias que lleguen después de las horas de operación recibirán un aviso y se les cobrará un recargo de \$1.00 por cada minuto que lleguen tarde. Los cargos se deberán pagar dentro de las dos semanas posteriores a la fecha en que se entregó a la familia la Notificación de Retraso o los servicios finalizarán de inmediato. Todas las cuotas por pagos atrasados se pagarán mediante giro postal y se pagarán al Distrito Escolar Unificado de Pasadena (PUSD).

He leído y entiendo que debo firmar y registrar la hora correspondiente en la hoja de tiempo individual de mi hijo/a y que debo cumplir con mis horas de contrato asignadas. También entiendo que si mi hijo/a es recogido tarde, tendré que pagar un recargo por retraso. Además, entiendo que mi hijo/a puede ser dado de baja del programa después del tercer aviso.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Programs



El Departamento de Educación Temprana del Distrito Unificado de Pasadena quiere comunicarles la participación del nuevo sitio web de Peachjar eflyer. Peachjar eflyer maneja la distribución de volantes de nuestros programas prescolares y programas de cuidado para antes y después de escuela utilizando la última tecnología de la comunicación electrónica.

Una vez que nuestro programa haya puesto el volante en la página de internet de Peachjar eflyer será liberado al correo electrónico de los padres. Inmediatamente los padres podrán ver el volante y podrá navegar la página web.

Los volantes con respecto a los programas de edad preescolar y escolar serán repartidos para compartir con nuestras familias de cualquier información, actualizaciones, reuniones y eventos próximos para promover la participación de las familias dentro de nuestro programa. Si por alguna razón usted elimina el correo electrónico y después le gustaría volver a visitar la página web de Peachjar, los padres pueden visitar la página de internet Peachjar de la escuela.

Si está interesado en obtener información sobre cualquier evento que tendrá lugar dentro de nuestro programa de educación temprana preescolar, por favor complete la siguiente información.

Nombre del estudiante: _____

Nombre de escuela: _____

Nombre del padre/madre o tutor: _____

Correo electrónico al cual se enviará el volante Peachjar: _____

Firma de aprobación: _____ Fecha: _____

*****Office Staff Use Only*****

Information entered into AERIES? Yes No Provide reason: _____

Person who entered data into AERIES: _____