

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y DE EMERGENCIA GUARDERÍAS / HOGARES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Este formulario tiene que ser completado por el padre/madre o el representante autorizado.

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. FEC. NAC.
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TEL. DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL NIÑO

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO PUEDE COMUNICARSE CON EL MÉDICO, ¿QUÉ ACCIÓN SE DEBE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA ☐ OTRO (EXPLIQUE): _____

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/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

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

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

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE 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 PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de 10 días (Rubeola)	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de 3 días (Rubella)	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

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

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

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

Desarrollo Físico/Historia del Caso

Maestro: _____ Sitio: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Nacimiento: _____

Nombre y fecha de nacimiento de los hermanos y hermanas: _____

Desarrollo Físico Infantil

¿Hubo alguna lesión o enfermedad durante el embarazo? Describir: _____

	Sí	No
¿Fue normal el nacimiento del niño?		
¿Hubo trabajo de parto prolongado?		
¿El niño nació prematuramente?		

¿Naturaleza de la entrega? _____

¿Peso del niño al nacer? _____

¿A qué edad se dio la vuelta el niño mientras estaba acostado en la cuna?

Se gateó _____ caminó _____ habló _____

¿Son regulares las deposiciones? Sí _____ No _____

Palabra que se usa para defecar. _____

Haga una lista de cualquier examen que le hayan hecho a su hijo:

	Fecha	Médico	Teléfono
Físico			
Visión			
Oído			
Otro			

Salud general del niño: _____

Qué enfermedades, operaciones o lesiones ha tenido su hijo y a qué edad: _____

¿Alguna anomalía física? (Si es así, explique): _____

CUSD/EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

Acuerdo de Admisión

El padre/tutor de _____ (nombre del niño) acepta y se compromete a seguir las políticas de Educación Infantil como se describe a continuación:

1. Los niños deben ser registrados por un adulto, mayor de 18 años, y deben estar en la lista de contactos de emergencia. Se requiere una identificación con foto válida.
2. Debe haber un mínimo de tres (3) adultos a los que se pueda contactar durante las horas de clase.
3. Las ausencias se justifican por enfermedad, citas médicas, comparecencias ante el tribunal y emergencias familiares. Si un niño está ausente por más de 5 días, es necesaria una nota del médico o una carta de explicación de los padres para volver a la clase. Los padres/tutores deben especificar el motivo de la ausencia. Los niños enviados a casa con fiebre no serían admitidos hasta 24 horas después de que la fiebre disminuyera.
4. Se espera que los estudiantes sigan las reglas de comportamiento establecidas por el Distrito Escolar Unificado de Compton. La conducta de los niños, que interrumpe repetidamente el funcionamiento fluido y eficiente del programa y no puede ser controlada razonablemente por el personal, puede resultar en la terminación de los servicios.
5. Las familias serán recertificadas al menos una vez cada 12 meses. Sin embargo, las recertificaciones pueden ocurrir en cualquier momento en que haya un cambio en el estado familiar, o a discreción del personal de ECE.
6. Dependiendo de las horas del contrato. Los niños de día completo y de día parcial recibirán desayuno y/o almuerzo.
7. Según las regulaciones federales, las declaraciones falsas en la solicitud, con la intención de cometer fraude, resultarán en el despido inmediato y la responsabilidad por daños y perjuicios.
8. Las razones para cancelar los servicios incluyen:
 - Cinco (5) recogidas tardías.
 - Tres (3) ausencias consecutivas injustificadas.
 - Incumplimiento de los criterios de elegibilidad o necesidad por parte de la familia.
 - Declaraciones falsas hechas en la solicitud, y/o documentación incompleta.
 - Abuso verbal o físico de un miembro del personal por parte de un padre o tutor.
 - Comportamiento severo o incontrolable por parte del niño.
 - Falta de mantenimiento de la información de emergencia actualizada y precisa por parte del padre/tutor.
 - Incumplimiento por parte del padre/tutor de las normas y reglamentos de Educación Infantil.

Las familias cuyos servicios han sido terminados pueden regresar a la Lista de Espera después de seis (6) meses, previa solicitud. Para obtener información detallada, consulte su Manual para padres.

Mi firma significa que he sido informado y entiendo las condiciones del Acuerdo de Admisión para el Cuidado Infantil General y los programas preescolares estatales del Departamento de Educación Infantil Temprana del Distrito Escolar Unificado de Compton.

Parent/Guardian Signature

Date

Staff Initials

Date

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

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

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

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

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

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

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

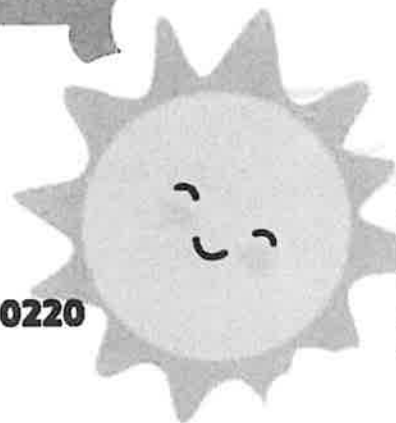
NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()



EARLY CHILDHOOD EDUCATION PRESCHOOL PROGRAM

**411 N. Tajauta Avenue, Compton, CA 90220
310-898-6008**



Level of Education/Nivel de Educación

Parent's /Guardian's Name

Nombre del padre/tutor

Email address:

Dirección de correo electrónico:

High School Graduate

Graduado de Preparatoria

Some College

Alguna Educación Superior

College Graduate

Graduado de la Universidad

Graduate School/

Post Graduate Training

Escuela de Posgrado/Formación de Posgrado

Declined to State/Unknown

Se Negó a Declarar/Desconocido

Parent's /Guardian's Signature

Firma del padre/tutor

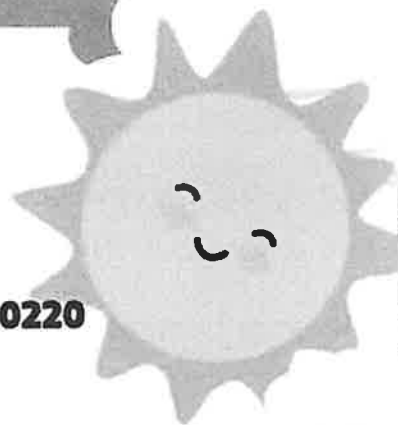
Date





EARLY CHILDHOOD EDUCATION PRESCHOOL PROGRAM

411 N. Tajauta Avenue, Compton, CA 90220
310-898-6008



Home Language Survey

Name of Student _____

Age: _____

School Site: _____

Teacher: _____

Directions to Parents and Guardians:

The California Education Code contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested, this information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

1. Which language(s) does your child hear at home?

This includes the language(s) spoken by parents, grandparents, siblings, extended family, or others living within or visiting the home

2. Which language(s) does your child hear in their neighborhood and community?

For example, with friends and neighbors, at church, or at after school programs or activities. This is to demonstrate language exposure not to measure language proficiency.

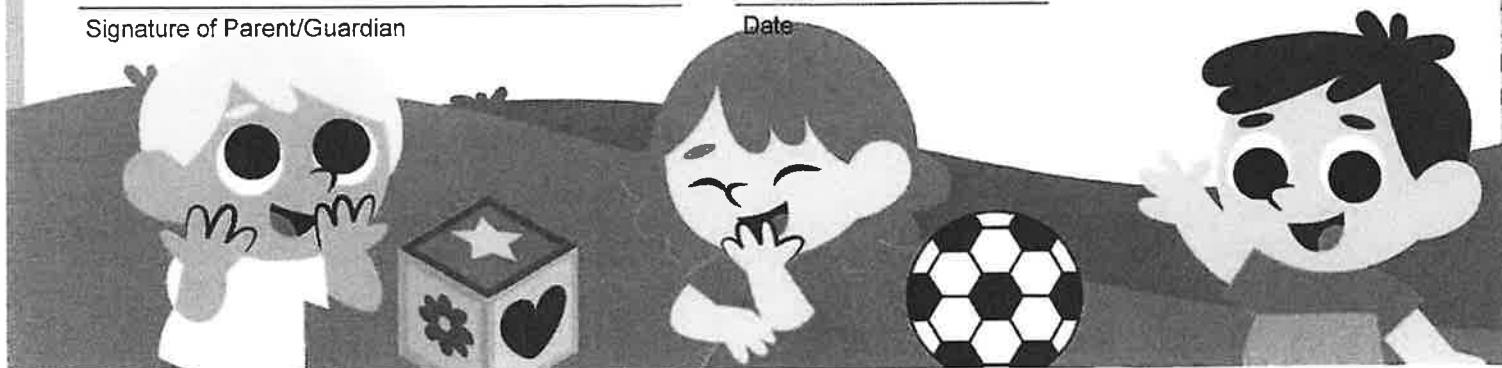
3. Which language(s) does your child understand?

4. Which language(s) does your child speak?

Please sign and date this form in the spaces provided below.

Signature of Parent/Guardian

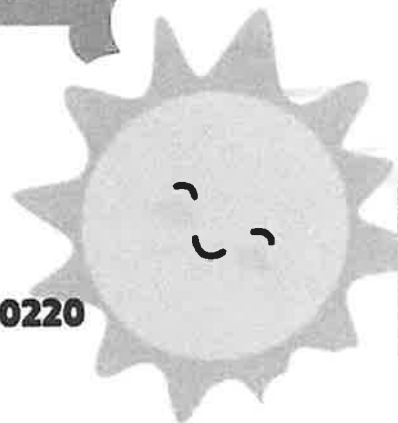
Date





EARLY CHILDHOOD EDUCATION PRESCHOOL PROGRAM

411 N. Tajauta Avenue, Compton, CA 90220
310-898-6008



Encuesta Del Idioma en el Hogar

Nombre del estudiante _____

Edad: _____

Sitio de la escuela: _____

Maestra(o): _____

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escribe el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?

Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o visitan.

2. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?

Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

3. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?

4. ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación.

Firme del padre/madre o tutor

Fecha



CUSD/EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

411 N. Tajauta Ave, Compton, CA 90220

(310) 898-6008 Oficina

INTERESES/NECESIDADES DE LA FAMILIA

Nombre del niño/a: _____
Nombre de los
padres o tutores: _____

Dirección: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Nombre del profesor: _____ Sitio/Sesión (am/pm) _____

Objetivo personal o familiar con el que nuestro programa puede ayudar:

1. Área de necesidad: Me gustaría obtener información, ayuda o asistencia en las siguientes áreas: (Por favor, marque todo lo que corresponda)

☐	Vivienda	_____			
☐	Asistencia en Utilidades	_____			
☐	Legal	_____			
☐	Viveres	_____			
☐	Ropa	_____			
☐	Asistencia en	_____			
☐	guardia	_____			
☐	Problemas de salud	Médico	Niño/a	Adulto	_____
☐		Dental	Niño/a	Adulto	_____
☐	Problemas de salud mental		Niño/a	Adulto	_____
☐	Interes nutritivos	Niño/a	Adulto	_____	
☐	Educación y Empleo	Búsqueda de empleo	Empleo	GED	Promoción profesional
		Conocimientos básicos	Entrenamiento vocacional	Cursos Universitarios	
☐	Información para padres	_____			
☐	Información Recreativa	_____			
☐	Información del grupo de apoyo	_____			
☐	Información sobre la comunidad	_____			
☐	Área de interés para presentaciones en reuniones de padres	_____			
☐	Otra información	_____			
☐	No, en este momento no deseo ninguna información				

Nombre del niño

Firma de los padres

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:

NOMBRE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES - CCLD

DIRECCIÓN

300 N. CONTINENTAL BLVD STE 290A

CIUDAD

EL SEGUNDO

CÓDIGO POSTAL

90245-5042

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

424-301-3077

SEPRE 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)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LOS REPORTES DE LICENCIAMIENTO

Yo, como el padre/madre/tutor legal de _____, quien actualmente asiste o se ha inscrito en _____, el cual es una guardería infantil o un hogar que proporciona cuidado de niños, por medio del presente confirmo que he recibido la siguiente información como lo requieren las Secciones 1596.8595 y 1596.8895 del Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code*).

- ☐ Una copia del reporte de licenciamiento que documenta una deficiencia de tipo A (*Type A deficiency*) que este establecimiento recibió. Las deficiencias tipo A son aquellas que, si no se corrigen, representan un riesgo inmediato para la salud, seguridad, o derechos personales de los niños que están bajo cuidado. Esto incluye visitas al establecimiento e investigaciones de quejas que han sido comprobadas.

Fecha del reporte (o reportes) de licenciamiento que se proporcionó: _____

- ☐ Copia de los documentos de licenciamiento relacionados a una conferencia que se llevó a cabo entre un representante de una oficina local de licenciamiento y la persona con licencia de esta guardería infantil/hogar que proporciona cuidado de niños, en la cual se discutieron asuntos relacionados a la falta de cumplimiento.

Fecha del documento que se proporcionó: _____

- ☐ Copia del Resumen de acusación (*Accusation Summary*) el cual indica la intención del Departamento de revocar la licencia de esta guardería/hogar que proporciona cuidado de niños, hasta que la acusación se descarte o resuelva a través de un proceso de audiencia administrativa o un acuerdo estipulado.

Fecha del documento que se proporcionó: _____

- ☐ Como padre/madre/tutor legal de un niño que se ha inscrito recientemente en esta guardería infantil/hogar que proporciona cuidado de niños, he recibido los documentos identificados anteriormente, los cuales fueron recibidos por la persona con licencia durante un período de 12 meses antes de inscribir a mi niño(a).

Mi firma, la cual aparece abajo, verifica que he recibido los documentos que se identificaron anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____

FECHA EN QUE SE RECIBIERON
LOS DOCUMENTOS: _____

Compton Unified School District
Early Childhood Education
411 N. Tajauta Avenue, Compton, CA 90220
(310) 898-6008

**NOTICE OF REQUIREMENT TO RECOVER CHILDCARE COSTS INCURRED AS A
RESULT OF FRAUD OR DECEIT**

The State Department of Education, Child Development Division, requires the Compton Unified School District, Early Childhood Education to make all reasonable effort to recover any childcare costs which were provided as a result of fraud or deceit. Reasonable effort to recover the cost of such childcare services may include:

- Establishing an appropriate re-payment plan
- Small claims court
- Referral to the District Attorney

Evidence of fraud or deceit in determining initial or ongoing eligibility for child development services and/or initial or ongoing parent fees will also result in termination of child development services.

I have received and understand the above-mentioned notice and a copy of the related Notice of Action.

Signature of Enrolling Party

Date

Center

SEXUAL HARASSMENT AND COMPLAINT RECORD PROCEDURE

(Education Code 48980(g), 48900.2 and 231.5) (Board Policy 5145.46)

It is the policy of the Compton Unified School District that sexual harassment shall not be tolerated. A copy of the Sexual harassment complaint procedure policy was given to you in your enrollment packet and additional forms are available to you at the ECE office.

Sexual harassment is defined in Education Code Section 212.5 as unwelcome sexual advances, requests for sexual advances, requests for sexual favors, and other verbal, visual or physical conduct of a sexual nature when:

1. Submission to such conduct is made either explicitly or an implicitly or condition of an individual's employment; academic status;
2. Submission to or rejection of such conduct by an individual is used as the basis for employment or academic decisions affecting such individual.
3. The conduct has the purpose or effect of having a negative impact upon the individual's work or academic performance, or of creating an intimidating, hostile,, or offensive work or education environment; or
4. Submission to or rejection of conduct by the individual is used as the basis for any decision affecting the individual regarding benefits and services, honors, programs, or activities available at or through the educational institution.
5. The conduct described as sexual harassment must be considered to be sufficiently severe or pervasive so as to have a negative impact upon the individual's academic performance or to create an intimidating, hostile, or offensive educational environment.

Any student, parent/guardian, or staff who feels that he/she has been the victim of sexual harassment as defined in this policy shall immediately report this to any staff member. The staff member receiving the complaint shall immediately report the incident to the principal or designee. The principal or designee shall commence an investigation into the complaint. A report will be made to law enforcement for cases that are determined to be sexual harassment, as defined by this regulation. Any student who has knowledge of conduct by other students, employees of the District, volunteers, or other individuals of the school community as previously defined, are encouraged to immediately report such conduct to the principal or designee.

Distrito Escolar Unificado de Compton

Resumen de los Procedimientos Uniformes de Queja

Política del Distrito

El Distrito tendrá la responsabilidad principal de asegurar el cumplimiento de las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables e investigará las quejas que aleguen incumplimiento y buscará resolver esas quejas.

La Política del Distrito se aplica a los siguientes programas: Educación Básica para Adultos, Programas Consolidados de Ayuda Categórica, Educación para Migrantes, Cuidado y Desarrollo Infantil, Nutrición Infantil y Educación Especial.

Esta política se aplica a la presentación de quejas que aleguen discriminación ilegal por motivos de identificación de grupo étnico, religión, edad, sexo, color o discapacidad física o mental, en cualquier programa o actividad realizada por una agencia local que sea financiada directamente o reciba beneficios de cualquier asistencia financiera estatal.

Presentación de una queja

Una investigación de presunta discriminación ilegal se iniciará mediante la presentación de un formulario de cumplimiento a más tardar seis meses a partir de la fecha en que ocurrió la presunta discriminación, o la fecha en que el demandante tuvo conocimiento por primera vez de los hechos de la presunta discriminación, a menos que el Superintendente Estatal de Instrucción Pública extienda el tiempo para la presentación, previa solicitud por escrito del demandante que exponga las razones de la extensión.

- 1) La queja será presentada por alguien que alegue que él o ella ha sufrido personalmente discriminación ilegal, o por un individuo que represente oficialmente a una clase específica de individuos que alegue que ha sido objeto de discriminación prohibida por esta parte.
- 2) La queja se presentará por escrito ante el superintendente del distrito o su designado, a menos que el demandante solicite la intervención directa del Departamento de Educación del Estado de conformidad con la disposición de esta política.
- 3) La investigación de una denuncia por discriminación se llevará a cabo de manera que se proyecte la confidencialidad de las partes y de los hechos.

Responsabilidades del Distrito

La Decisión del Distrito (la Decisión) se hará por escrito y se enviará al demandante dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la queja por parte del distrito. La Decisión contendrá las conclusiones y la disposición de la Reclamación, incluidas las acciones correctivas, si las hubiera, la justificación de la disposición.

Apelación de las decisiones del distrito

El (los) demandante (s) puede apelar una Decisión del Distrito ante el Departamento de Instrucción Pública del Estado mediante la presentación de una apelación por escrito ante el Superintendente del Estado dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la Decisión del Distrito. Las prórrogas para presentar apelaciones pueden concederse, por escrito, por causa justificada.

COPIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS UNIFORMES DE QUEJAS DE ACUTAL, POLÍTICA DEL DISTRITO 0440(a), ESTÁN DISPONIBLES EN LA ESCUELA LOCAL O EN LA OFICINA DEL DISTRITO Y ESTÁN ESCRITAS EN INGLÉS Y ESPAÑOL