



Estimados Padres / Estudiantes:

Bienvenido a BOOKS & RATTLES, INC. Esta carta ha sido preparada para informarle sobre nuestra escuela; Sus normas, procedimientos y políticas. Nuestro objetivo es proporcionar experiencias de aprendizaje valiosas que mejorarán el desarrollo académico y social de sus hijos.

Lea atentamente todos los formularios de este paquete y complete cada uno, ya que son necesarios para que su hijo esté inscrito en nuestra escuela. Tenga en cuenta que su hijo debe tener una receta médica actual y prescripciones para recibir terapia antes de poder comenzar nuestro programa. Enviamos toda la información anecdótica al terapeuta de su hijo para que podamos conocer y estar listos para su primer día de asistencia. Ofrecemos un programa de alimentos gratis, y debemos tener la información proporcionada en el formulario CACFP para poder procesar a su hijo para este programa. Debe proporcionar a nuestra escuela dos contactos de emergencia en caso de cualquier emergencia.

Si su hijo debe estar ausente por alguna razón, notifique a la escuela. Si su hijo está fuera debido a una enfermedad, regrese con una nota del médico. Si su hijo tiene fiebre, diarrea o alguna enfermedad / enfermedad contagiosa, es posible que no permanezca en la escuela. Si su hijo está ausente por más de tres días por cualquier motivo que no sea una enfermedad, puede ser dado de alta del programa, ya que esto no constituye una ausencia legal.

De acuerdo con los requisitos del Departamento de Salud, su hijo estará afuera para pasear o jugar al aire libre casi todos los días. Los niños necesitan liberar energía física, participar en juegos no estructurados y recibir luz solar y aire fresco. Por favor, vestir a su hijo en consecuencia, especialmente en los meses de invierno. Nuestra política es que, a menos que llueva o esté a menos de 30 grados, los niños jugarán al aire libre.

Nuestro programa se basa en la creencia de que los años preescolares son críticos para el aprendizaje. Es esencial que su hijo aprenda a amar el conocimiento, ya que es la base del crecimiento personal y cognitivo. Además, buscamos fomentar la autoconfianza, la independencia y las habilidades de pensamiento crítico. A medida que su hijo sea nutrido social y emocionalmente y expuesto a un currículo rico, estos objetivos se lograrán.

Books & Rattles, Inc. ofrece un currículo excepcional altamente enriquecido ofrecido por maestros con licencia y maestros asistentes. Proporcionamos el más alto nivel de desarrollo del personal y educación continua a todo nuestro personal para brindarles a nuestros niños y familias el más alto nivel de cuidado e instrucción. El sitio del Centro de aprendizaje ofrece capacitación satelital en vivo del Departamento de Educación del Estado y todo el personal tiene la obligación de participar en esta capacitación.

Nuestro plan de estudios hace hincapié en las habilidades de preparación pre-académicas que cubren todas las áreas de contenido según lo exige el Departamento de Educación del Estado. Las áreas incluyen matemáticas, ciencias, estudios sociales, historia, geografía, lectura, escritura, lenguaje, literatura y poesía y tecnología informática. También tenemos un énfasis en las artes creativas con instrucción especializada en danza y música. Si bien nuestro programa es enriquecido y competitivo, se basa en el juego y el enfoque multimodal, porque en el desarrollo, este es el mejor lugar en el que los niños aprenden.

Todas nuestras escuelas ofrecen servicios preescolares de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y estos servicios se ofrecen a todos los estudiantes según la disponibilidad. Si está interesado en horarios extendidos para su hijo en

cualquiera de nuestras escuelas, comuníquese con el Director de Educación de su hijo si hace referencia a las tarifas y la disponibilidad.

Le agradecemos por confiar a BOOKS & RATTLES, INC. La oportunidad de proporcionar a sus hijos la mejor experiencia educativa posible en todas nuestras instalaciones de vanguardia. Le deseamos a usted y a su hijo una experiencia productiva y agradable, y esperamos poder colaborar con usted para alcanzar todos estos objetivos.

Sinceramente,

Jeanne Karlya
Angela Manzueta
Executive Directors

63 - 08 69TH PLACE • MIDDLE VILLAGE • NEW YORK • 11379 • TEL: (718) 381 - 7777 • FAX: (718) 381 – 7305 • E: BOOKSANDRATTLES2003@YAHOO.COM
75 - 02 51ST AVENUE • ELMHURST • NEW YORK • 11373 • TEL: (718) 899 - 1532 • FAX: (718) 899 - 1401 • E: PEEKABOOLC1@AOL.COM
86 – 28 FRANCIS LEWIS BLVD • HOLLISWOOD • NEW YORK • 11427 • TEL: 718 • 740•2300 • FAX: 718•740•2301 E: LEARNINGTREE1972@AOL.COM
WWW.BOOKSANDRATTLESINC.COM



“A MIND IS A PRECIOUS THING TO WASTE, COME GROW WITH US”

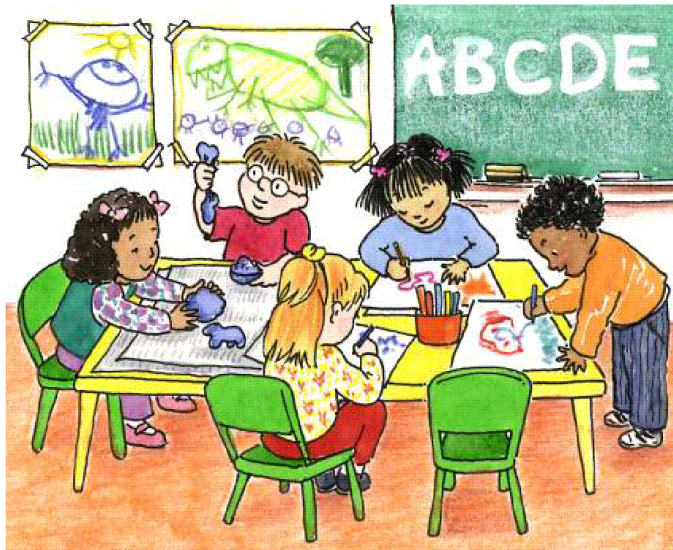


NUESTRO PROGRAMA DE PREESCOLAR

(3 a 5 Años)

4410

Los preescolares se acercan al mundo con confianza y con un deseo genuino de formar parte de él. Nuestro programa ofrece a los preescolares la oportunidad de hacerlo y mucho más. Nuestras aulas están equipadas con materiales y cuentan con educadores listos para ayudar a los niños a desarrollarse con éxito. En nuestros centros creemos que los niños aprenden mejor a través de experiencias prácticas. La expresión creativa y las actividades cognitivas de alto nivel se fomentan a diario. La instrucción en el aula es individualizada, y es importante para los educadores que se cumplan las necesidades de cada estudiante.



BOOKS & RATTLES, INC.

10 SIGNOS DE UNA GRAN PREESCOLAR

Si su hijo tiene entre 3 y 6 años y asiste a un programa de guardería, preescolar o jardín de infantes, la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) le sugiere que busque estos 10 signos para asegurarse de que su hijo esté en un buen aula.

1. Los niños pasan la mayor parte de sus juegos y trabajando con materiales u otros niños. No vagan sin rumbo fijo y no se espera que permanezcan sentados en silencio durante largos períodos de tiempo.
2. Los niños tienen acceso a diversas actividades a lo largo del día. Busque bloques de construcción variados y otros materiales de construcción, accesorios para juegos de simulación, libros ilustrados, pinturas y otros materiales artísticos, y juguetes de mesa como juegos de combinaciones, tableros de anuncios y rompecabezas. No todos los niños deberían hacer lo mismo al mismo tiempo.
3. Los maestros trabajan con niños individuales, grupos pequeños y todo el grupo en diferentes momentos durante el día. No pasan todo el tiempo con todo el grupo.
4. El aula está decorada con obras de arte originales para niños, sus propios escritos con ortografía inventada e historias dictadas por los niños a los maestros.
5. Los niños aprenden los números y el alfabeto en el contexto de sus experiencias cotidianas. El mundo natural de las plantas y los animales y las actividades significativas como cocinar, asistir o servir un refrigerio proporcionan la base para las actividades de aprendizaje.
6. Los niños trabajan en proyectos y tienen largos períodos de tiempo (al menos una hora) para jugar y explorar. Las hojas de trabajo se utilizan poco o nada.
7. Los niños tienen la oportunidad de jugar afuera todos los días. El juego al aire libre nunca se sacrifica por más tiempo de instrucción.
8. Los maestros leen libros a los niños individualmente o en grupos pequeños a lo largo del día, no solo a la hora de la historia del grupo.
9. El plan de estudios está adaptado para aquellos que están por delante, así como para aquellos que necesitan ayuda adicional. Los maestros reconocen que los diferentes antecedentes y experiencias de los niños significan que no aprenden las mismas cosas al mismo tiempo de la misma manera.
10. Los niños y sus padres esperan la escuela. Los padres se sienten seguros al enviar a sus hijos al programa. Los niños están felices de asistir; No lloran regularmente ni se quejan de sentirse enfermos.

BOOKS & RATTLES, INC.

Application Checklist

_____ **Formulario de registro familiar:** Este formulario contiene información importante. Lista de nombres y número de teléfono de las personas (incluidos los padres) que están autorizadas para recoger a su hijo. Por favor, mantenga toda la información actualizada.

_____ **Formulario de información sobre el autobús:** este formulario nos permitirá tener la información más actualizada para nosotros y para la compañía de autobuses con el fin de proporcionar mejores servicios hacia y desde la escuela.

_____ **CACFP** – El Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos está financiado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El propósito del CACFP es mejorar la calidad nutricional de las comidas que se sirven a los niños en los centros de cuidado infantil.

_____ **Formulario de consentimiento:** habrá varios viajes escolares durante el año escolar. Se derivan de los intereses de los niños y están relacionados con el plan de estudios en curso. Todos los estudiantes deben tener el consentimiento escrito de los padres.

_____ **Consentimiento comunitario para caminar:** durante el año, los estudiantes irán a excursiones comunitarias (correos, Parque vecino, casa de bomberos, etc.). Todos los estudiantes deben tener un consentimiento escrito de los padres para ir a viajes de la comunidad.

_____ **Formulario de política de protección solar:** el Formulario de protección solar nos permitirá proteger a su hijo del sol (rayos UV) al colocar protector solar antes de cualquier actividad al aire libre durante todo el año.

_____ **Formulario de permiso de imagen:** el formulario de permiso de imagen se utiliza para obtener imágenes de sus hijos en viajes escolares, en entornos escolares para proyectos escolares.

_____ **Procedimientos Tardíos / Cargos Tardíos:** debe revisar y cumplir con estos procedimientos. Se puede obtener un original o copia.

_____ **Lista de útiles escolares:** la lista de útiles escolares tiene la intención de ayudarlo con lo que su hijo necesitará.

_____ **Tarjeta de contacto de emergencia:** lista de los nombres de tres (3) personas a las que se puede llamar en caso de emergencia o si el niño está enfermo en la escuela. Por favor adjunte la foto de su hijo.

_____ **Formulario de examen médico:** se debe enviar un original o una copia al comenzar. El formulario médico expira después de un año y se debe completar uno nuevo y devolverlo antes de la fecha de vencimiento de un año. Requerido para la admisión por el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York.

_____ **Prescripción / recomendación para servicios preescolares:** este formulario le permitirá a su hijo recibir los servicios adecuados según su IEP y el consentimiento del médico de su hijo.

** Manual - Una copia será enviada a casa.

SOLO SERVICIOS EXTENDIDOS:

* **Contrato y políticas:** el acuerdo legal entre el padre y el proveedor que incluye nuestra promesa de brindar atención y el acuerdo de los padres para pagar los servicios de cuidado infantil. El contrato debe ser firmado al momento de la inscripción. Las pólizas cubrirán enfermedades, vacaciones, necesidades especiales, autorización de recogida, disciplina, emergencias y preocupaciones individuales



FORMULARIO DE REGISTRO FAMILIAR

HOJA 1 DE 3

Información del padre / Guardián

Fecha de Registro: _____

Madre/Guardián

Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono móvil: () _____

Empleado por: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____

Teléfono de oficina: () _____ [] Padre de la custodia (Si está casado, marque a ambos padres) Hora de trabajo: _____ Seguridad Social de la Madre: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico: _____ Licencia de conducir #: _____

Estado civil: [] Casada [] Soltero [] Divorciado [] Separado [] Viudo [] Otro _____

Padre/Guardián

Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono móvil: () _____

Empleado por: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____

Teléfono de oficina: () _____ [] Padre de la custodia (Si está casado, marque a ambos padres) Hora de trabajo: _____ Seguridad Social de la Madre: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico: _____ Licencia de conducir #: _____

Estado civil: [] Casada [] Soltero [] Divorciado [] Separado [] Viudo [] Otro _____

Información del niño

1st Niño

Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Nombre niño prefiere ser llamado: _____ Clase: _____

Dirección del niño: _____

Género: [] Masculino [] Masculina

Número de seguridad social del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere cualquier condición médica existente, medicamento y / o atención especial que su hijo pueda requerir? _____

Alergias: _____

Nombre Del Pediatra: _____ Número de teléfono: () _____

Dirección: _____

Fotografías: podemos tomar y mantener una fotografía de su hijo por motivos de seguridad? [] Si [] No

Información del niño

2nd Niño Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Nombre niño prefiere ser llamado: _____ Clase: _____

Dirección del niño: _____

Género: Masculino Masculina

Número de seguridad social del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere cualquier condición médica existente, medicamento y / o atención especial que su hijo pueda requerir? _____

Alergias: _____

Nombre Del Pediatra: _____ Número de teléfono: () _____

Dirección: _____

Fotografías: podemos tomar y mantener una fotografía de su hijo por motivos de seguridad? Si No

Comportamiento infantil y socialización.

En general, ¿cómo reacciona su hijo ante la ansiedad o la situación estresante? ¿Llora, se retira o lanza rabietas? _____

El / Ella es _____ hablador _____ reservado

¿Existen circunstancias adicionales con respecto al estado físico o emocional de su hijo que le gustaría que conozcamos? _____

¿Su hijo se relaciona bien con otros niños o prefiere jugar solo? _____

¿Cómo se relaciona su hijo con los adultos? _____

Idioma y estado familiar:

¿Cuál es el idioma que más se habla en tu hogar? _____

Su hijo habla inglés? _____ Si _____ No

¿Ha habido algún cambio importante en la familia, como el divorcio o la muerte recientemente? _____

Ir al baño

¿Está su hijo entrenado para ir a la baño? _____ Defecación? _____

¿Con qué frecuencia él /ella va al baño? _____

¿Qué palabra(s) usa su hijo para indicar su necesidad de orinar o defecar? Tales como (pee pee / pooh pooh, caca). Por favor describa:

Gustos / Aversiones

¿Tiene su hijo un libro favorito? _____

¿Tiene su hijo una mascota? _____ Que tipo de mascota es? _____

Cual es el nombre de la mascota? _____

Cuidado de niños anterior

¿TU HIJO TIENE ALGUNA ESCUELA ANTERIOR O EXPERIENCIA EN GRUPO DE JUEGO?

Por favor describa: _____

Infantes (6 semanas a 1 año)

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo del niño?

¿Hubo alguna dificultad en el parto? _____

Aproximadamente a qué edad se sentó su hijo solo? _____

Caminar sin apoyo? _____ Habla en frases cortas? _____

¿Hay algo más en la historia de desarrollo de su hijo del que usted crea que deberíamos estar conscientes?

Alimentación / Comer

Si su hijo toma fórmula o alimentos para bebés, mencione el tipo de dieta y describa el patrón de alimentación en el transcurso de un día:

Lo que le gusta y disgusta a la comida de su hijo?

¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria? _____

Dormir / Dormir la siesta

¿Su niño duerme bien? _____ Si _____ No

¿Suele él / ella dormir la siesta? _____ Si _____ No

Cuánto tiempo? _____ Cuando? _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL AUTOBÚS

FECHA: _____

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ID#: _____

BOOKS & RATTLES, INC. COLEGIO: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE / GUARDIAN: _____

Número de teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA DE INICIO: _____ TIEMPO DE SESIÓN: Año escolar Verano

DIRECCIÓN DE ENTREGA: _____

DIRECCION DE BAJADA: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO:

1. _____ () - _____

2. _____ () - _____

3. _____ () - _____

63 - 08 69TH PLACE • MIDDLE VILLAGE • NEW YORK • 11379 • TEL: (718) 381 - 7777 • FAX: (718) 381 - 7305 • E: BOOKSANDRATTLES2003@YAHOO.COM
75 - 02 51ST AVENUE • ELMHURST • NEW YORK • 11373 • TEL: (718) 899 - 1532 • FAX: (718) 899 - 1401 • E: PEEKABOOLC1@AOL.COM
86 - 28 FRANCIS LEWIS BLVD • HOLLISWOOD • NEW YORK • 11427 • TEL: 718 • 740•2300 • FAX: 718•740•2301 E: LEARNINGTREE1972@AOL.COM

WWW.BOOKSANDRATTLESINC.COM



“A MIND IS A PRECIOUS THING TO WASTE, COME GROW WITH US”

BOOKS & RATTLES, INC.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo participe en todas las actividades de BOOKS & RATTLES, INC. También doy mi permiso para que lleven a mi hijo hacia y desde las distintas áreas de viaje que usa la escuela por medio del transporte que usa la escuela. También me doy cuenta de que BOOKS & RATTLES, INC. no será responsable de las lesiones leves que puedan ocurrir durante la participación normal en la escuela (por ejemplo, rodillas rasguñadas, cortes, contusiones, mordidas, etc.)

He leído lo anterior y acepto dar mi consentimiento.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Firma del Padre / Guardian legal

BOOKS & RATTLES, INC.

PASEO COMUNITARIO CONSENTIMIENTO

A lo largo del año, llevaremos a los niños a pasear por el vecindario para hablar sobre las cosas que están sucediendo en nuestro vecindario y el medio ambiente. Firme y separe la parte inferior de este formulario para que su hijo pueda participar en estas salidas.

Le doy permiso a mi hijo para que realice caminatas comunitarias con BOOKS & RATTLES, INC.

Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre/Guardian legal

Firma

Fecha

C: APPLICATION

BOOKS & RATTLES, INC.

FORMULARIO DE POLÍTICA SUNSCREEN

Doy permiso a BOOKS & RATTLES, INC. para aplicar protector solar a mi hijo. El protector solar se aplica a los niños antes de las actividades al aire libre, como paseos, excursiones al aire libre y juegos al aire libre.

Por favor complete la parte inferior de este formulario y devuélvala a la escuela.

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ FDN: _____

Nombre y Firma del Padre/ Guardián : _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección: _____

¿Su hijo es alérgico a algún tipo de protector solar?

¿Hay algún protector solar que prefiera que se aplique a su hijo?

* Books & Rattles, Inc. No suministra protector solar para los estudiantes..

BOOKS & RATTLES, INC.

FORMULARIO DE PERMISO PARA LA IMAGEN

Doy permiso a BOOKS & RATTLES, INC. para tomar fotografías, diapositivas y videos de mi hijo con fines educativos en BOOKS & RATTLES, INC. Entiendo que si se va a usar la foto de mi hijo por algún otro propósito que no sea el de cualquier escuela, se me notificará con anticipación sobre la naturaleza de tal liberación.

Por favor complete la parte inferior de este formulario y devuélvala a la escuela.

Nombre del Niño: _____

Padre/Guardián Firma: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

BOOKS & RATTLES, INC.

PROCEDIMIENTOS TARDE

Si no puede recoger a su hijo en las horas contratadas, es imperativo que haga arreglos para que otro adulto venga a recoger a su hijo.

Por favor, llame e infórmenos si va a llegar tarde y quién va a recoger a su hijo.

CARGOS POR PAGOS ATRASADOS

<u>HORA DE LLEGADA</u>	<u>CARGO POR DEMORA</u>
15 MINUTOS	\$8.00
30 MINUTOS	\$20.00
45 MINUTOS	\$30.00
UNA HORA	\$40.00
DESPUÉS DE UNA HORA	\$50.00

Los pagos se pagan a BOOKS & RATTLES, INC. Y se deben realizar de inmediato al llegar a los miembros del personal que cuidan a su hijo.

Nombre de Padre/Guardián

Firma

Fecha

*** RECORDATORIO: SIEMPRE ACTUALICE SU FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA RECOGER.**

BOOKS & RATTLES, INC.

Los artículos extraños que tiramos sin pensar pueden proporcionar horas creativas y placenteras de actividades para los niños. "La basura de un hombre es el tesoro de otro". Nunca se dijeron palabras más verdaderas, especialmente en proyectos que involucran a niños.

Nuestros niños estarán haciendo algunos proyectos emocionantes. Por favor ayúdenos donando los siguientes artículos a nuestra escuela:

Contenedores de margarina	Bandejas de carne
Pajitas	Cartón De Huevos
Bolsas de papel marron	Material de fieltro
Envoltura de restos de papel	Periódico
Platos de papel	Plumas
Cepillos de dientes viejos	Shells
Restos de madera	Bolas de algodón
Rollos de papel higienico	Calcetines viejos limpios
Cordones viejos	Papel pintado viejo
Rollos de toalla de papel	Joyas viejos
El limpiapipas	Cintas
Limpio, ropa vieja / zapatos	Pañuelo de papel
Copas de papel	Piñas
Viejas tarjetas de felicitación	Cartones de leche
Calendarios antiguos	

BOOKS & RATTLES, INC.

LISTA DE SUMINISTROS ESCOLARES

- _____ Quería informarle sobre algunos artículos que su hijo necesitará el primer día de clases.
- _____ Si su hijo no está capacitado para ir al baño, necesita un paquete de pañales, toallitas y crema para la erupción del pañal. Por favor, asegúrese de proporcionarnos estos artículos según sea necesario.
- _____ Un conjunto completo de ropa que se mantendrá en la escuela. (Clima apropiado)
Una camisa, pantalón o pantalón corto, medias y ropa interior.
* Recordatorio: cambiarse de ropa cada dos meses.
- _____ Por favor proporcione cada 3 meses: una caja de pañuelos, toallas de papel y una caja de toallitas.
- _____ Una mochila que debe venir a la escuela todos los días. (Por favor, asegúrese de revisar diariamente los anuncios y documentos importantes)
- _____ Imágenes del niño e imágenes individuales de miembros de la familia (ejemplo: mamá, papá, hermanos, abuela, abuelo, tía y / o tío). Por favor, marque en la parte posterior de la imagen.
- _____ Un cuaderno / carpeta en blanco y negro.

Por favor no envíe juguetes y / o joyas a la escuela. No nos hacemos responsables si se pierden o rompen..

POR FAVOR ETIQUETA TODO CLARAMENTE

Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL _____

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES

Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar

- Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
- Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
- Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), O
- Es un niño en cuidado temporal

SECCIÓN A

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) _____

N.º TANF (TANF #) _____

N.º FDIPIR (FDPIR #) _____

Nombres de _____

Niños en cuidado temporal _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Fecha _____

FOR SPONSOR USE ONLY
CACFP Agreement # _____
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>
Total Household Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date of Determination _____
Signature of Center Staff _____

Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDIPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

SECCIÓN B

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que NO se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

--	--	--	--

FECHA _____

Declaración de la Ley de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario cuando: solicita en nombre de un niño en cuidado temporal; proporciona un número SNAP, TANF o FDPIR; o cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un Número de seguro social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para reembolso por comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR DOH-3688

Definición de los ingresos

Ingresos significa el ingreso antes de las deducciones de impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas del seguro, contribuciones a la beneficencia y bonos, etc. Esto incluye lo siguiente: (1) compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingreso neto de auto empleo no agrícola; (3) ingreso neto de auto empleo agrícola; (4) pagos del seguro social; (5) dividendos o intereses sobre ahorros o bonos, ingresos derivados de bienes o fideicomisos o de rentas netas; (6) compensación por desempleo; (7) empleado civil del gobierno o jubilación militar, o pensiones o pagos a veteranos; (8) pensiones o anualidades privadas; (9) pagos de pensión alimenticia o manutención infantil; (10) contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; (11) regalías netas; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, como subsidio para vivienda si usted se encuentra dentro de la Iniciativa de Privatización Militar de Vivienda; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición del grupo familiar

Grupo familiar significa *familia*, según se define en la Sección 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una vivienda institucional o temporal, pero que viven como una unidad económica.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio que se proporciona.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asista a este centro de cuidado infantil.

Sección A: si alguien en su grupo familiar participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número SNAP, TANF o FDPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil ACS o DSS). Luego, firme y coloque la fecha en el formulario y devuélvalo a la guardería.

Niños en cuidado temporal: si su grupo familiar incluye un niño en cuidado temporal que esté en cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en cuidado temporal.

Sección B: complete esta sección si no completa la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aún si no tienen ningún ingreso. No incluya a los niños en cuidado infantil que se encuentran en la parte superior del formulario.

Ingrese el monto de los ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos o cualquier otra cosa que se haya deducido. Consulte la Definición de Ingresos y la Definición de Grupo Familiar, anteriormente. Si cualquier monto del mes pasado fue superior o inferior al usual, escríbalo en el ingreso normal de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un Número de Seguro Social, no escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un miembro adulto del grupo familiar.

INSTRUCCIONES PARA CENTROS Y PATROCINADORES

La sección *Solo para uso del patrocinador* la debe completar, firmar y fechar el personal del centro o el patrocinador. El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y asegurarse de que esté completo según se indica en las instrucciones anteriores. Luego indique lo siguiente:

Número de Acuerdo CACFP.

Número total de miembros en el grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Agregue a los que se indica en la Sección B (si la completó) a los niños inscritos en cuidado infantil y el número de niños en cuidado temporal, si aplica.

Ingresos totales del grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre elige no divulgar los ingresos, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

Número gratuito, reducido o pagado: compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos del año actual (CACFP-3687) para determinar si el grupo familiar deberá clasificarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Utilice la columna apropiada en CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique ese monto por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o números de SNAP, TANF o FDPIR) se clasifican en la categoría de pagado.

El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario después de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar. Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2014, es válido hasta el 31 de mayo de 2015.

Información de Contacto en caso de Emergencia

Apellido del estudiante: _____ MI: _____ Primer nombre: _____

Dirección de casa: _____ Correo electrónico: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Numero Principal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino/femenino

Padre/Guardián (estudiante reside con)

Nombre: _____

Lenguaje preferido de comunicación: _____

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____

Trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Firma: _____

Otro Padre/Guardián

Nombre: _____

Lenguaje preferido de comunicación: _____

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____

Trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Firma: _____

Si necesita atención médica, llame al:

DOCTOR: _____
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

HOSPITAL: _____
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

Tiene su hijo cobertura de seguro? Si No Nombre de la compañía de seguros _____
(Opcional)

En caso de una emergencia, o si no puedo contactarme para recoger a mi hijo, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Móvil: _____

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Móvil: _____

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Móvil: _____

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Móvil: _____

Las siguientes personas **no pueden** sacar a mi hijo del centro:

Nombre: _____

Nombre: _____

This **Emergency Information and Immunization Record Card** is accurate and complete, and was provided by:

_____ Fecha: _____

Padre o Guardián nombre impreso

Signature

Información médica

Nombre del médico / clínica: _____ Telefono: _____

El niño es alérgico a los alimentos u otras sustancias? Si No

(En caso afirmativo, nombre los alimentos o sustancias a evitar y el procedimiento a seguir si se produce una reacción)

Es el niño usualmente susceptible a infecciones y, de ser así, qué precauciones deben tomarse? Si No _____

Está el niño sujeto a convulsiones y cuál debería ser nuestro procedimiento si ocurre uno? Yes No _____

Hay alguna condición física que debamos tener en cuenta y qué precauciones se deben tomar (problemas cardíacos, problemas en los pies, discapacidad auditiva, hernia, etc.)? Si No _____

Comentarios adicionales: _____

Otras instrucciones especiales: _____

Entiendo que el personal de Books & Rattles, Inc. mantiene capacitación actual en primeros auxilios y RCP. Autorizo al personal de Books & Rattles a administrar primeros auxilios a mi hijo por lesiones menores, según corresponda, y a notificarme en consecuencia. En caso de accidente grave, lesión o enfermedad que requiera atención médica o quirúrgica inmediata, _____ autorizo aún más al personal del centro a actuar en mi nombre, siempre que primero hagan un esfuerzo tan diligente como la naturaleza de la emergencia me permita notificarme la situación y obtener mi preferencia. Si no estoy disponible, por la presente autorizo:

Nombre: _____ Relación: _____ Tel.No.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Tel.No.: _____

Actuar en mi nombre es un esfuerzo para contactarme o mi representante designado anteriormente no tiene éxito, autorizo al personal de Books & Rattles, Inc. a transportar a mi hijo a un hospital local y asegurar a mi hijo cualquier tratamiento médico necesario a mi costa.

Padre/Guardián nombre impreso _____ Firma _____ Fecha: _____

Nota: Adjunte la foto actual del niño

PRESCRIPCIÓN / RECOMENDACIÓN PARA SERVICIOS DE PREESCOLAR

Student's Name: _____ DOB: _____

School: _____ OSIS#: _____

District: _____

Period of Service
<i>School year September 4th, 2019 – June 26th, 2020</i>

I have reviewed the recommendations on the student's IEP with respect to the therapies below and in my opinion, the following services are deemed medically necessary:

Diagnosis (ICD-9 & ICD-10 code) REQUIRED
You must provide the MOST SPECIFIC ICD CODE(S) for each service checked.

<u>Service/Therapy</u>			
**Must use an ICD-9 & ICD-10 code for each service selected			
<input type="checkbox"/> Occupational Therapy	ICD-9 Code	_____	ICD-10 Code _____
<input type="checkbox"/> Physical Therapy	ICD-9 Code	_____	ICD-10 Code _____
<input type="checkbox"/> Speech Therapy	ICD-9 Code	_____	ICD-10 Code _____
<input type="checkbox"/> Psychological Counseling	ICD-9 Code	_____	ICD-10 Code _____

Physician/Physician's Assistant/Nurse Practitioner Information:

	(Stamp)
(Please Print)	
Name:	
Address:	
Phone Number:	
License # (REQUIRED) :	
NPI # (REQUIRED) :	
Medicaid Provider ID # (REQUIRED) :	

 Signature of Physician/Physician's Assistant/Nurse Practitioner Date Signed
***Must be handwritten signature; STAMPED SIGNATURE WILL NOT BE ACCEPTED**

Note: Medicaid requires that all services recommended by a Physician, Physician's Assistant, Nurse Practitioner must be signed **prior to or on** the start date of services.

