

Servicios Comunitarios

- LÍNEA DE AYUDA PARA CONTROL DE VENENO: 800-876-4766
INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS TÓXICAS
- SOLUCIONES DE CUIDADO INFANTIL 510-412-9200
ASESORAMIENTO, REFERENCIA, ASISTENCIA PARA MAESTROS/AS EN EL SALÓN DE CLASE
- LÍNEA DE AYUDA PARA MUJERES ABUSADAS 888-215-5555
REFERENCIAS PARA CONSEJERÍA Y ALBERGUE
- CENTRO PARA CRISIS DE VIOLACIÓN 800-670-7273
REFERENCIA A AYUDA CONSEJERA
- DESPENSA DE COMIDA EN RICHMOND 510-235-9732
COMIDA – MARTES Y VIERNES 12 – 3 P.M.
- DESPENSA DE COMIDA EN SAN PABLO 510-232-0258
COMIDA – LUNES Y MIÉRCOLES 9 – 11 A.M.
- EJÉRCITO DE SALVACIÓN 510-262-0500
DISTRIBUCIÓN DE COMIDA, ROPA, - DEBE SER ENVIADO POR UN TRABAJADOR SOCIAL – MARTES Y VIERNES DE 9 A.M. – 10:30 A.M.
- MISIÓN DE RESCATE DE LA ÁREA DE LA BAHÍA 215-4884, 215-4860, 215-4868
COMIDA, ALBERGUE, ROPA
- CENTRO DE COMIDAS “SOUPER” DE RICHMOND 510-233-2141
2^{DO} Y 4^{TO} MARTES Y CADA 3^{ER} VIERNES, TAMBIÉN TIENE PROGRAMAS DE ALCOHOL Y DROGAS
- SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE NIÑOS Y SERVICIOS SOCIALES 374-3324, 262-7700
INFORMACIÓN Y REFERENCIA PARA FAMILIAS EN CRISIS Y NECESIDADES
- CENTRO DE CRISIS, CONSEJERÍA PARA LA PENA Y DOLOR 800-837-1818
- INTERVENCIÓN EN CRISIS Y SUICIDIO 800-833-2900
- RUBICON 510-235-1516
SERVICIO DE TRABAJO Y ENTRENAMIENTO
- AYUDA LEGAL DEL ÁREA DE LA BAHÍA 510-233-9954
SERVICIOS PARA RESIDENTES DE BAJOS RECURSOS
- PARQUES Y RECREACIÓN 510-620-6793
PROGRAMAS DESPUÉS DE CLASES, CAMPAMENTOS DE VERANO
- SOCIEDAD HUMANO DE BERKELEY 510-845-7735
ADOPCIÓN DE MASCOTAS, COLECCIÓN DE ANIMALES EXTRAVIADOS
- DEPARTAMENTO DE BOMBEROS, OFICINA DE ADMINISTRACIÓN 510-307-8031
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA, PRESENTACIONES EN SALONES DE CLASE
- DEPARTAMENTO DE POLICÍA, OFICINA DE ADMINISTRACIÓN 510-620-6656
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA, PRESENTACIONES EN LAS ESCUELAS
- BIBLIOTECA OFICINA CENTRAL 510-620-6561
EDUCACIONAL, HORA DE HISTORIA, BIBLIOTECA MOVIL
- SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y SERVICIOS SOCIALES 510-262-7703
AYUDA/REFERENCIA
- JÓVENES EN CRISIS 800-843-5200
LÍNEA DE REFERENCIA

Servicios Comunitarios
(Continuación)

- DESARROLLO COMUNITARIO DE FAMILIAS LAOSIANAS 510-215-1220
REFERENCIA Y CONSEJERIA
- FAMILIAS UNIDAS CENTRO DE CONSEJO 510-412-5930
TRADUCCIONES, REFERENCIAS A TRABAJO, COMIDA Y CONSEJERIA
- CONSILIO DE CUIDADO DE NIÑOS DEL CONDADO DE CONTRA COSTA 510-758-5439
CLASES PARA PADRES Y REFERENCIA A CUIDADO DE NIÑOS
- SALUD MENTAL DEL CENTRO/OESTE DEL CONDADO 925-957-5126
CONSEJERÍA Y SERVICIOS DE TRADUCCIONES
- CENTRO DE SALUD DE RICHMOND 510-231-1350
NECESIDADES DE SALUD, EXÁMENES MÉDICOS, VACUNAS, ETC.
- PROGRAMA PROFESIONAL REGIONAL 925-942-3436
ENTRENAMIENTO VOCACIONALES, 16 AÑOS DE EDAD +
- HOSPITAL DE NIÑOS DE OAKLAND 510-428-3000
NECESIDADES MÉDICAS DE SALUD
- CRUZ ROJA (415)427-8000
CLASES Y ALBERGUE DE EMERGENCIA EN UN DESASTRE
- CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE 800-334-6367
REPORTES DE AIRE FÉTIDO
- LA CLINICA DE LA COMUNIDAD DE BROOKSIDE, SAN PABLO 510-215-9092
- LA CLINICA DE LA COMUNIDAD DE BROOKSIDE, RICHMOND 510-215-5001
- CENTRO DE SALUD DE RICHMOND 877-905-4545
- CENTRO DE SALUD DEL NORTE DE RICHMOND 877-905-4545
- LA CLINICA MOVIL 925-313-6362
- CASA DE ESPERANZA (IGLESIA DE SAN. MARCOS) 510-234-5886

ME PONDRÉ EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS MARCADOS ARRIBA.

NO TENGO INTERES EN NINGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS

NOMBRE DEL ALUMNO

ESCUELA

FIRMA

FECHA

HE DADO UNA COPIA AL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA _____

_____ INICIALES DE PERSONAL



WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT DECLARATION OF RESIDENCE

I, _____, under penalty of perjury, declare as follows:
Parent/Guardian Name

1. My family no longer resides at _____
Address City/State Zip

2. On _____, we changed our legal address to:
Date

Address City/State Zip Code

Residing with _____
Name of Homeowner

3. My minor child (ren) _____ will reside with me at that address
for the _____ school year.

4. This declaration is made because of a genuine change of my family's residence, and not for the purpose of changing schools.

5. I am aware that stating any false information constitutes perjury, and is a serious violation of the law for which I may be subject to criminal prosecution, including a fine, imprisonment, or both.

6. If the information on this form is found to be untrue, the student(s) will be returned to his/her school of residence.

Executed on the _____ day of _____, 20____ at _____, California.
Day Month Year City

Signature of Parent Home Phone#

I, _____, under penalty of perjury, declare as follows:

1. _____
Mother/Father's Name & Child (ren)

now reside with me at _____
Address City/State Zip Code

and have resided with me since _____
Date

2. This whole family lives with me on a full-time basis and maintains no other residence. I accept full responsibility (academic, financial, and disciplinary) for the minor child (ren) and his/her parent(s).

Executed on the _____ day of _____, 20____ at _____, California
Day Month Year City

Signature of Homeowner Date _____ Current Home Phone# _____

OFFICE USE ONLY

Okay to Enroll _____ School _____ Verification _____

Signature of Administrator _____ Date _____

DECLARATION OF RESIDENCE MUST BE RENEWED ANNUALLY



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA DECLARACIÓN DOMICILIARIA

Yo, _____, bajo pena de perjurio, declaro lo siguiente:
Nombre del padre/madre o apoderado

1. Mi familia ya no reside en _____
Domicilio Ciudad/Estado Código postal

2. El día _____, nos mudamos al siguiente domicilio:
Fecha

Domicilio Ciudad/Estado Código postal

Residimos con: _____
Nombre del dueño de casa

3. Mi(s) hijo(s) menor(es) de edad _____ vivirán conmigo en esta dirección durante el año escolar _____.

4. **Esta declaración se realiza debido a que verdaderamente se ha cambiado de domicilio, y no con el propósito de cambiarse de escuela.**

5. **Estoy consciente que declarar cualquier información falsa constituye perjurio, y esto es una violación seria de la ley por la cual podría ser enjuiciado y el castigo podría incluir una multa, encarcelamiento, o ambas.**

6. **Si la información de este formulario resultara ser falsa, el estudiante será devuelto a la escuela que le corresponde de acuerdo a su domicilio.**

Ejecutado el _____ día del mes de _____ de 20____ en _____, California.
Día Mes Año Ciudad

Firma del padre/madre o apoderado Número de teléfono del domicilio anterior

Yo, _____, bajo pena de perjurio, declaro lo siguiente:

1. _____
Nombres del padre/madre y niño(s)

Ahora viven conmigo en _____
Domicilio Ciudad/Estado Código postal

y han residido conmigo desde _____
Fecha

2. **Toda esta familia vive conmigo y no tiene otro domicilio. Acepto responsabilidad total (académica, financiera, y disciplinaria) por los niños menores y sus padres**

Ejecutado el día _____ del mes de _____, de 20____ en _____, California
Día Mes Año Ciudad

Firma del dueño de casa Date Número de teléfono de su casa actual _____

SOLO PARA USO OFICIAL

Okay to Enroll _____ School _____ Verification _____

Signature of Administrator _____ Date _____

LA DECLARACIÓN DOMICILIARIA DEBE SER RENOVADA ANUALMENTE

GENERAL RELEASE

For Community Access Cablevision,
Photographs, Videotaping, Interview Comments, and Posting on the Internet

TO: Parents and Guardians
FROM: Principal's Office

Occasionally, the School District and organizations/associations connected with the district would like to use the name, photograph(s), video recording, and/or interview comments of students for educational and promotional purposes, including district-generated news articles and brochures. On occasion the school also receives request from the news media to photograph, film or interview students while covering school events and activities. Such images and comments are used for news purposes only and not for commercial purposes.

As part of each school's parents/community information program, our school or the district may also wish to place students' pictures, schoolwork, and/or names on the district or school's website.

All photography, video recording, student comments, and posting on the Internet are done by legitimate new media personnel. In order to use such material, parental consent is necessary for any student under 18 years of age.

2020-21 SCHOOL YEAR

Please fill out this form and return to your school

Please indicate below if you give permission for your child's name, image, or comments to be used:

For School District publications and educational organizations connected to the district YES NO

By the news media, including newspapers, radio and television YES NO

On the district and/or school website YES NO

I understand that the school and the district have no control over further distribution of a photo or image once it appears in a school or district publication or web site. By signing below, I hereby release the West Contra Costa Unified School district from any damages or injuries claimed by the student or parent related to production or distribution of the photo image.

Student Name: _____

School: _____

Grade: PRESCHOOL Teacher: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

RENUNCIA GENERAL

Para el acceso de la comunidad por cablevisión,
Fotos, videos, comentarios de entrevista, y anuncios de la Internet

PARA: Padres y Encargados
DE: Oficina del director

Ocasionalmente, el Distrito Escolar y las organizaciones/asociaciones relacionadas con el Distrito desean usar el nombre, fotos, grabaciones de video y/o comentarios de entrevistas de los alumnos para el propósito educacional y de promoción lo cual incluyen artículos y folletos del Distrito. De vez en cuando, la escuela también recibe peticiones de los medios de comunicación para sacara fotos, filmar ó entrevistar a los alumnos mientras reportan actividades y eventos de la escuela. Tales imagines y comentarios se usan solamente con el propósito de dar las noticias y no con propósitos de lucro.

Como parte del programa de información para los padres y comunidad, su escuela ó el Distrito también desean poner las fotos, tareas escolares, y/ó nombres de los alumnos en la red de comunicación del Distrito ó de la escuela.

Todas las fotografías, grabaciones de videos, comentarios de los alumnos, y los anuncios de la Internet son puestos por personal autorizados de las noticias ó del Distrito escolar. Para poder usar tal información, la autorización del padre es necesaria para cualquier alumno menor de 18 años.

AÑO ESCOLAR 2020-21

Por favor llenar este formulario y devolverlo a la escuela

Por favor indique abajo si usted autoriza usar el nombre, imagen ó comentarios de su hijo/a:

Para publicaciones del Distrito y organizaciones
Educativas relacionadas con el Distrito SI NO

Por medio de las noticias, periódicos,
radio, y televisión SI NO

En la red de comunicación (Internet) del Distrito SI NO

Entiendo que la escuela y el Distrito no tienen ningún control sobre la distribución de una foto ó imagen una vez que aparezca en la publicación de la escuela, en el Distrito ó la red de comunicación. Al firmar abajo, declaro que renuncio al derecho a presentar una demanda por daños contra el Distrito Escolar Unificado del Oeste de Contra Costa por parte del alumno ó padre relacionada a la producción ó distribución de la foto ó imagen.

Nombre del alumno: _____

Escuela: _____

Grado: PREESCOLAR Maestro/a: _____

Firma del padre/encargado: _____

Fecha: _____

DISTRITO UNIFICADO DEL OESTE DE CONTRA COSTA

Oficina de Comunicaciones (510) 231-1132



CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

As the parent or authorized representative, I hereby give consent to WCCUSD State Preschool to obtain all emergency Medical or Dental Care prescribed by a duly licensed physician (M.D.) Osteopath (D.O.) or Dentist (D.D.S) for _____ . This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb, or well being the child named above.

- My Child has the following medication allergies: _____
My Child does not have any medication allergies

_____ Date X _____ Parent or Authorized Representative Signature

Home Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____

ASTHMA Questionnaire

- My child does not have asthma
My child has asthma and needs medication at school
Please request an Administration of Medication for Asthma form in the preschool office.
My Child has asthma, but does not need asthma medication at school

Parent signature: _____ Date: _____

EPI PEN – Food Allergies questionnaire

- My child does not have any food allergies
My child has allergies and needs to have the EPI-PEN at school
Please request a Administration of Prescribed Medication (EPI-PEN) form at the preschool office.
My Child has food allergies, but does not need EPI pen at school

Parent signature: _____ Date: _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Como padre/madre o representante autorizado, con la presente doy mi consentimiento para que el **Pre-Escolar Estatal del Distrito WCCUSD** obtenga todo tratamiento médico o dental prescrito por un doctor (M.D.) Osteópata (D.O.) o Dentista (D.D.S) debidamente certificado para _____. Este tratamiento médico puede ser proporcionado en cualquier circunstancia necesaria para preservar la vida, miembros del cuerpo, o el bienestar del menor mencionado anteriormente.

- Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: _____
- MI hijo/a **no tiene** alergias a ningún medicamento.

_____ **X** _____
 Fecha Firma del padre/madre o representante autorizado

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____

Cuestionario sobre el asma

- Mi hijo **no tiene asma**.
- Mi hijo tiene asma y necesita medicamento en la escuela.
- * Por favor pida el formulario de Administración de Medicamento en la oficina pre-escolar.
- Mi hijo tiene asma, pero **no necesita** medicamento en la escuela.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

EPI PEN – Cuestionario sobre alergias a alimentos

- Mi hijo **no sufre** de alergias a ningún tipo alimento.
- Mi hijo tiene alergias y necesita una inyección de Epinefrina (EPI-PEN) en la escuela.
- * Por favor pida un formulario en la Oficina Pre-escolar para poder administrar la inyección de Epinefrina (EPI-PEN) en la escuela.
- Mi hijo tiene alergias a alimentos, pero **no necesita** la inyección de Epinefrina en la escuela.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

***Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:

Una persona con discapacidad se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene un historial de tal impedimento" significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.



WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2020-2021 Preschool Student and Parent Information Form

1) STUDENT INFORMATION

School		Date of certification appt.	Enrollment Date		1st time enrollment ___ 2nd time enrollment ___
Student Last Name	First Name	Middle Name	Age	Grade	Gender : <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Student Ethnicity (please check only <u>one</u>) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> White (Not Hispanic) <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Tahitian <input type="checkbox"/> Other Pac Islander					
Street Address, City, State, Zip				Home Phone	
Date of Birth (mm/dd/yy)	Place of Birth (City/State/Country)	Verification of Birth <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Other: _____ Checked by: _____			
Country of Citizenship	Primary Language	Any allergies (food/medicine) or Other medical limitations YES/NO. Please specify:			
Number in Family	Is family receiving foods stamps?	Is subject to Asthma attacks?			

2) PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Please check one: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____	Last Name	First Name
	Home address:	
	Living with Student? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Language Spoken at Home
Highest Level of Education: <input type="checkbox"/> Not High School Grad <input type="checkbox"/> College Grad <input type="checkbox"/> High School Grad <input type="checkbox"/> Grad School <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> Decline to State	Home Phone	Cell Phone
	Email	D.O.B
	Parent Ethnicity	Employer
Please check one: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____	Last Name	First Name
	Home address: <input type="checkbox"/> same as above	
	Living with Student? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Language Spoken at Home
Highest Level of Education: <input type="checkbox"/> Not High School Grad <input type="checkbox"/> College Grad <input type="checkbox"/> High School Grad <input type="checkbox"/> Grad School <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> Decline to State	Home Phone	Cell Phone
	Email	D.O.B
	Parent Ethnicity	Employer

3) CHILDREN IN FAMILY INFORMATION (List all children, including this student, in order of birth)

Name	Birth Date	Current School	Name	Birth Date	Current School

4) LICENSED CHILDREN'S INSTITUTION/FAMILY FOSTER HOME

Facility Name	Contact Person	LCI/FFH#
Facility Address	Facility Phone	Alternate Phone

5) COURT ORDER

Are there any court orders restricting the legal rights of either parent? If you answered YES, please attach a copy of the court order to this registration form.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
--	--

FOR OFFICE USE ONLY

CPS	IEP	Homeless	Asthma	Allergies	EPI Pen
Adopted	Foster	Food Stamps	15%	Single Parent	



DRISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA

NUEVO FORMULARIO DE MATRICULA 2020-2021

1) DATOS DEL ALUMNO

Escuela		Fecha de inscripción		Fecha de matrícula		Primera vez ___ Re-inscripción ___	
Apellido del alumno		Nombre		Segundo nombre		Edad	Grado
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Grupo étnico (por favor, marquen sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Afro-americano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo de la India <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Otros de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico							
Dirección: calle, ciudad, estado, código postal,						Número de teléfono del domicilio	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)		Certificación del nacimiento: <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento <input type="checkbox"/> Otra: _____ Verificado por: _____			
Nacionalidad		Primer Idioma		Alergias (Alimentos o medicamentos) o otra limitación medica? SI/ NO Especifique:			
Número de miembros en la familia		Recibe la familia estampillas de comida		Es sujeto a ataques de asma?			

2) DATOS DE LOS PADRES/APODERADOS

Por favor, marque sólo uno: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido		Nombre	
	Dirección (si es diferente a la del alumno): calle, ciudad, estado, código postal			
	¿Vive con Ud. el alumno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma hablado en el hogar	
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No contesta	Teléfono de domicilio		Teléfono celular	
	Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
	Grupo étnico		Trabajo	

Por favor, marque sólo uno: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido		Nombre	
	Dirección (si es diferente a la del alumno): calle, ciudad, estado, código postal			
	¿Vive con Ud. el alumno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma hablado en el hogar	
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No contesta	Teléfono del domicilio		Teléfono celular	
	Correo electrónico		Fecha de nacimiento	
	Grupo étnico		Trabajo	

3) DATOS DE LOS HIJOS - (Apunte la información de todos los hijos, de mayor a menor, incluyendo a este alumno)

Nombre	Fecha nacimiento	Escuela actual	Nombre	Fecha nacimiento	Escuela actual

4) INSTITUCIÓN AUTORIZADA DE MENORES/FAMILIA DE CRIANZA

Nombre de la institución		Persona de contacto		Número de LCI/FFH	
Dirección del establecimiento		Teléfono del establecimiento		Teléfono alternativo	

5) ÓRDENES JUDICIALES

¿Existe alguna orden judicial que limite los derechos legales de cualquiera de los padres? Si contesta SÍ, adjunte una copia de la orden judicial a este formulario de matrícula		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
---	--	---	--

FOR OFFICE USE ONLY

CPS	IEP	Homeless	Asthma	Allergies	EPI PEN
Adopted	Foster	Food Stamps	15%	Single Parent	



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA

Oficina de Enseñanza, Aprendizaje y Liderazgo

Departamento de Aprendizaje Temprano

1108 Bissell Avenue, Oficina 128

Richmond, CA 94801

Teléfono: (510) 307-4585

Correo electrónico (E-mail): Preschool@wccusd.net

Sarah Breed
Executive Director

Olanrewaju Ajayi
Coordinator, Early Learning Programs

FORMULARIO PARA DECLARAR QUE ES UN TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Yo, _____ padre de _____ certifico que
(Favor de escribir con letra imprenta)

soy un trabajador independiente y que la información que se proporciona a continuación es referente a mi trabajo e ingresos, conjuntamente con los documentos adjuntos para corroborar esta información. Estos datos tienen el objeto de verificar mi elegibilidad para usar los servicios del Programa Pre-escolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa. Estoy bajo conocimiento de que el Departamento de Aprendizaje Temprano podría pedir documentación adicional para hacer una evaluación razonable de mis ingresos.

Título o posición: _____ Fecha en que comenzó a trabajar independientemente: _____

Número de horas de trabajo al día: _____ Número de horas de trabajo a la semana: _____

Tipo de trabajo realizado: *(Haga el favor de proporcionar una breve descripción sobre el tipo de trabajo que desempeña y el lugar del trabajo o del negocio):*

Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento personal y que si se me llama a testificar, estaré dispuesto a hacerlo.

Ejecutado el _____ 20 _____ en, _____, California
(Fecha)

Firma del padre: _____



WCCUSD Pre-escolar Estatal / 2020-21

Lista de Necesidades /Servicios Especiales

Mi hijo/a _____ tiene las siguientes necesidades/servicios especiales:

Necesidad/Servicio Especial	SI √	NO √	Comentarios de Padre/Tutor	√ DOC. Attached
CPS bajo servicios de Protección infantil				
CPS en riesgo de abuso infantil				
Familia sin hogar				
IEP (Plan de Educación Individual)				
Adopción temporal/Niño de crianza				
Orden judicial que limite los derechos legales de cualquiera de los padres				
Orden de restricción				
Asma				
Alergia a algún alimento				
Alergia a algún medicamento				
Necesita inyección de Epinefrina				
¿Es vegetariano/Comida de restricción?				
¿Su hijo/a esta entrenado a ir al baño?				
¿Es madre o padre soltero?				
Otra necesidad/servicio especial de la cual nuestra oficina o los maestros deberíamos de estar enterados, especifique:				

Firma de padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

For office use only- Comments or additional instructions: _____ **Staff initials** _____ **Date:** _____



WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Office of Teaching, Learning & Leading
Early Learning Programs
1108 Bissell Avenue, Room 128
Richmond, California 94801
Telephone: (510) 307-4585
Email: preschool@wccusd.net

Sarah Breed
*Executive Director,
Teaching, Learning & Leading*

Olanrewaju Ajayi
Coordinator, Early Learning Programs

STATE PRESCHOOL PROGRAM

ADMISSION AGREEMENT

The Admission Agreement between the West Contra Costa Unified District and the parent/guardian of the child/children attending the State Preschool Program is considered contractual and binding.

The West Contra Costa Unified School District State Preschool Department’s goal is to provide a safe, nurturing learning environment for students three to five years old. The program offered focuses on social emotional, physical and academic development to support students completing college.

State Preschool Department and the Adult Education Department assist parents with becoming their child’s first teacher by providing on-going parenting classes that focus on the social, emotional and academic aspects of the child’s development.

I, the parent of _____ who attends the
Child’s name

A.M. / P.M. session at _____ agrees to the following:
Name of school

Reasons for discontinuing service

1. Child was picked up late four (4) times.
2. Child’s behavior endangered him/herself or others.
3. Parent or guardian has not cooperated regarding the child’s discipline needs.
4. Parent has 30 days from time of enrollment to provide current physical exam.

Parent acknowledges the rights of California Care Licensing

1. To enter, inspect a child care facility with or without advance notice at any time.
2. To interview children or staff, and to inspect and audit child or facility records without prior consent.
3. To observe the physical condition of children, including conditions which could indicate abuse, neglect, or inappropriate placement and to have a licensed medical professional physically examine the children.

Additional information about these topics can be found in the State Preschool Parent Handbook

I have read, understood, and agree to follow the rules and regulations of the WCCUSD State Preschool Program.

Parent Signature

Date

I have given a copy of this admission agreement to the parent/guardian of the student.

WCCUSD Early Learning Programs Staff

Date



WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Office of Teaching, Learning & Leading
Early Learning Programs
1108 Bissell Avenue, Room 128
Richmond, California 94801
Telephone: (510) 307-4585
Email: preschool@wccusd.net

STATEMENT OF RELEASE

I give permission for West Contra Costa Unified School District State Preschool Program, and its representatives to verify any and all information from my employer to determine my family eligibility during the certification process. I understand all information gathered is strictly confidential.

DECLARACION DE AUTORIZACION

Doy permiso para que la West Contra Unified School District State Preschool Program, y su representantes para verificar la información de todos y cada uno de mi empleador para determinar mi elegibilidad de la familia durante el proceso de certificación. Yo entiendo que toda información reunida es estrictamente confidencial.

Child's Name: _____
Nombre del Niño

Parent/Guardian Name: _____
Nombre del Padre/Tutor

Parent Signature: _____
Firma del Padre/Tutor

Date: _____
Fecha

Employer's Information/Información del empleador:

Name: _____
Nombre

Address: _____
Dirección

Phone Number: _____
Número de teléfono

Hours of Operation: _____
Horas de Operación

Office use only: _____
