Distrito Escolar Unificado del Oeste de Contra Costa
Departamento de Aprendizaje Temprano
Programa Preescolar Estatal

PAQUETE DE CERTIFICACION PREESCOLAR ESTATAL

Establecimientos Escolares

BAYVIEW	DOWNER	LINCOLN	NYSTROM
CHAVEZ	FORD	MICHELLE OBAMA	PERES
CORONADO	GRANT	MONTALVIN	RIVERSIDE
DOVER	KING	MURPHY	WASHINGTON

PREESCOLAR DE DIA PARCIAL (3 horas diarias)

SIRVIENDO A NIÑOS DE 3-5 AÑOS

LISTA DE REQUISITOS

☐	**Ingresos**	***Cada padre que reciba un salario debe completar un formulario de autorización para poder contactar al empleador y obtener información (el formulario se incluye en los documentos enviados).*** **Recibo de ingresos de cada uno de los padres que esté empleado (últimos 30 días)** - Si recibe remuneración dos veces al mes o cada dos semanas debe traer los últimos dos recibos de salario - Si recibe remuneración semanalmente debe traer los últimos 4 recibos de salario - Si recibe remuneración mensualmente debe traer el último recibo de salario **Si ambos padres viven en casa y uno no está trabajando** Él o ella debe declarar que no recibe ingresos en el formulario de declaración de ingresos de los padres. **Carta de asignación de beneficios (la carta para verificación debe estar fechada dentro de un periodo de 30 días antes de la cita)** -Desempleo - Discapacidad / Compensación laboral - SSI / SSA / SSP - TANF/Cash Aid **Remuneración en dinero en efectivo** Necesitamos una carta del empleador que incluya cuanto es su salario / honorarios, horas y días de trabajo, periodos en que se remunera y fecha de inicio, probabilidad de tiempo extra y compensación adicional de propinas. **Empleado independiente** -(*Usted debe proporcionar una combinación de documentos para determinar sus ingresos)*. - *Completar la declaración de empleado independiente (incluida en los documentos enviados)*. -Una carta de la fuente proveedora de ingresos -Una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente con una declaración que contenga una estimación de los ingresos actuales o lista de clientes - Otra información de los negocios, como por ejemplo: libro de contabilidad, archivo de recibos o de los negocios realizados. **Podríamos solicitar documentos adicionales para verificar sus ingresos y determinar su ilegibilidad.**
☐	**Verificación de la edad del alumno**	Certificado de nacimiento original del alumno que se matricula en el programa pre-escolar estatal
☐	**Verificación del número de miembros en la familia**	Usted debe presentar por cada uno de los niños uno de los siguientes documentos: - Certificado de nacimiento original o acta de nacimiento - Orden de la corte en referencia a la custodia del menor - Documentos de adopción - Documentación de que el menor ha sido asignado a un hogar de crianza (foster) - Archivos escolares o médicos - Archivos del Departamento de Bienestar del Condado **U otra documentación fidedigna indicando la relación del niño con sus padres**
☐	**Verificación del domicilio**	Una cuenta de compañías prestadoras de servicio (cuenta de electricidad PG&E, de gua o de basura) o un contrato de renta a nombre de los padres. Si el padre no tiene una de estas cuentas a su nombre, se debe proporcionar una cuenta actual a nombre de la persona con la cual están viviendo y una copia de la cédula de identidad de esa persona además se debe completar una "Declaración de domicilio" (proporcionada con los documentos enviados). La parte superior del formulario de declaración debería ser completada por el padre y la parte inferior debería ser completada por la persona con la cual están viviendo.
☐	**Requisitos de salud**	-Un examen físico hecho dentro de un periodo de **11 meses** antes de tener la cita de verificación de la información o una tarjeta del médico que indique que el alumno en cuestión tendrá una cita. -**Archivo de vacunas** (se debe incluir 3 Poliomielitis, 4 DTAP, 1MMR, 1 Hib, 3 Hepatitis-B y 1 Varicela) -**Examen de tuberculosis** (debe tener la fecha en que se realizó, fecha en que se leyó y el resultado) o una revisión dentro de un periodo de 11 meses. - Un formulario de alergia a los alimentos se debe completar por un médico si fuese aplicable. - Un plan para el asma se debe completar por un médico si el menor tiene asma y necesita tomar medicina en la escuela. -Un Plan IEP si el niño recibe terapia de habla, terapia ocupacional u otros servicios de la Escuela Cameron. -**Adjunte cualquier documentación de enfermedad crónica o condiciones médicas.**
☐	**Formulario de emergencia**	Usted debe proporcionar la información de cuatro adultos aparte del padre o apoderado. Favor de escribir el nombre completo de estas personas, domicilio y número telefónico actual. Ellos deben ser mayores de 18 años y deben vivir en el área en que se encuentra el Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa.

NOTA: USTED DEBE TRAER LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, NO SE ACEPTARÁN LAS COPIAS.

Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa
Departamento de Educación Temprana

PREESCOLAR ESTATAL
PRIORIDADES DE INSCRIPCIÓN

El Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa ofrece Preescolar Estatal para las familias que están certificadas de ser elegibles en base a los ingresos, número de personas en la familia y a las prioridades de admisión.

Podría haber disponibilidad de ubicación limitada para las familias que tienen más ingresos y serán ubicados por orden de llegada.

Las normas del Código de Educación (CDE) (Efectivo el 1 de julio de 2014) determinan que:

"Niños de cuatro años de edad" son niños que cumplirán los cuatro años de edad **antes o 1ro de septiembre** del año fiscal que serán servidos.

"Niños de tres años de edad" son niños que cumplirán los tres años de edad **antes o 1ro de diciembre** del año fiscal que serán servidos.

Nota: Es a discreción del *Departamento de Educación Temprana* aprobar o negar cualquier solicitud. Cualquier solicitud que sea encontrada falsamente representada será negada.

La trayectoria a una excelencia académica

"Los líderes empiezan temprano"

Lista de Necesidades / Servicios Especiales

202__-___

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 infantíl				
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

Programas de Aprendizaje Temprano
1108 Bissell Avenue, Ofician 128
Richmond, California 94801
Telephone: (510) 307-4585

Olanrewaju Ajayi
Coordinator, Early Learning Programs

PROGRAMA PRE-ESCOLAR
ACUERDO DE ADMISION

El Acuerdo de Admisión entre el Distrito Escolar Unificado del Oeste de Contra Costa y el padre ó encargado del niño ó niños, que asisten al Programa Preescolar Estatal es considerado contractual y obligatorio.

El objetivo del Departamento Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado del Oeste de Contra Costa es proveer seguridad, un ambiente de aprendizaje para estudiantes de 3 a 5 años, en muchos ejemplares a través de su vida. El programa que se ofrece se centra en el desarrollo social emocional, físico y académico para apoyar a los estudiantes que terminan la universidad.

El Departamento Preescolar Estatal y el Departamento de Educación de Adultos ayudarán a padres que quieran ser los primeros maestros de sus niños, por medio de clases enfocadas en el desarrollo de los aspectos sociales, emocionales y académicos.

Yo, el padre de _____, quien asiste en el turno
Nombre del niño

AM/PM en _____ estoy de acuerdo con lo siguiente:
Nombre de la escuela

Razón de Terminación de Servicio

1. Su hijo/a fue recogido tarde cuatro (4) veces
2. La conducta de su hijo/a puso en peligro el bienestar de él/ella o de otros
3. El padre o tutor no ha cooperado lo suficiente con las necesidades disciplinarias del niño/a
4. El padre tiene 30 días del día de ingreso para entregar un examen físico actual.

El Padre o Tutor está enterado que la Agencia del Estado de California (Community Care Licensing) tiene las siguientes autoridades:

1. A entrar, al establecimiento de cuidado de niños, inspeccionar y revisar los archivos sin cita previa, en cualquier momento.
2. A entrevistar al personal del establecimiento, inspeccionar y auditor los archivos de los niños y del establecimiento sin consentimiento previo.
3. A observar las condiciones físicas de los niños/as, incluyendo condiciones que pudieran indicar abuso, negligencia o colocación inadecuada y hacer que un médico profesional con licencia examine físicamente al niño.

Información adicional acerca de estos términos pueden ser buscados en el Manual de Padres del Preescolar Estatal.

He leído, entendido y aceptado seguir las reglas y regulaciones del Programa Preescolar Estatal WCCUSD.

_____ _____
Firma del Padre Fecha

Yo he dado una copia de este Acuerdo de Admisión a los padres o guardianes del estudiante.

_____ _____
WCCUSD Preescolar Estatal Fecha

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
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 Nino

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:_____
_____
_____

Client List and Record of Wages

La lista de clientes y registro de los salaries

Please provide this and other information that can help our staff verify your eligibility for our services.
Por favor de proporcionar esta y otra información que pueda ayudar verificar y determinar su elegibilidad para nuestro servicio.

Date Fecha	Type of work performed (within 30 days) clase de trabajo realizado (últimos 30 días)	Contact Information Información de contacto	Amount received (please write gross amount) Pago Recivido (escriba cantidad bruta)
			$
Total Cantidad			$

Instruction: This form is to be used to secure a written self-certification under penalty of perjury form the parent.
Instrucción: Esta forma tiene el objeto de ser usada por los padres para hacer una auto-cerificación escrita bajo pena de perjurio.

I, _____ authorize State Preschool staff to contact my employer(s) to secure and verify information to support my eligibility for services.

Parent Signature: _____ Date: _____

Yo, _____autorizo al personal del Pre-Escolar Estatal para que se comunique con mi empleador(es) con el propósito de confirma y verificar la información proporcionada, con el objeto de determinar mi elegibilidad para recibir servicios del programa pre-escolar.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

For office use only: Enter date, time, who you spoke to, and outcome of conversation. End all entries with your initial.
_____
_____
_____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA
Departamento de Aprendizaje Temprano
Programa Pre-escolar Estatal

Declaración de ingresos de los padres

Instrucción: Esta forma tiene el objeto de ser usada por los padres para hacer una declaración escrita bajo pena de perjurio.

Explicación de la necesidad de hacer esta declaración:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yo, _____, con la presente declaro bajo pena
(Apellido, nombre)

de perjurio y bajo las leyes del estado de California que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento.

_____ _____
Firma del padre o apoderado Fecha

_____ _____
Firma de un miembro del personal Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA
Departamento de Aprendizaje Temprano
1108 Bissell Avenue, Oficina 128
Richmond, CA 94801
Teléfono: (510) 307-4585
Correo electrónico (E-mail): Preschool@wccusd.net

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):*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

<u>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.</u>

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

Firma del padre: _____

¿Cómo define la ley federal el abuso y la negligencia de menores?

Las leyes federales identifican actos y comportamientos que, cómo mínimo, constituyen una forma de abuso ó negligencia de menores. La Ley Federal para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Menores (CAPTA, por sus siglas en ingles), (42 U.S.C.A §5106g), enmendada por la Ley para la Seguridad de los Niños y las familias de 2003, define el abuso y la negligencia de esta manera:

- Un acto y omisión de acto reciente por parte de uno de los padres o el cuidador que resulta en la muerte, un daño físico o emocional de gravedad, el abuso sexual o la explotación (de un menor), o
- Un acto u omisión de acto que pone en riesgo inminente de un daño grave (al menor).

Casi todas las leyes federales y estatales para la protección de menores se refieren a casos donde los padres o los cuidadores han causado daño a un niño. Por lo general, estas leyes no dicen nada sobre el daño causado por las personas no relacionadas al niño abusado.

¿Cuáles son los diferentes tipos de maltrato infantil?

Cada estado define el abuso y la negligencia de menores de acuerdo a los estándares mínimos que establece CAPTA, la ley mencionada arriba. En la mayoría de los estados se reconocen cuatro tipos de maltrato infantil o de menores: el abuso físico, la negligencia (abandono o descuido), el abuso sexual y el abuso emocional. Aunque estos tipos de maltrato pueden ocurrir por separado, Por lo común ocurren en combinación y no aisladamente. En muchos estados, el abandono y el abuso de sustancia por parte de los padres también son considerados como un tipo de abuso. Los ejemplos que aparecen a continuación son solamente para el Estado de California. No todos los estados definen el maltrato de esta manera, y es posible que en las definiciones de los estados se contemplen situaciones que no se mencionan aquí.

Abuso físico (Citación: Código Penal §§11165.6; 11165.3)

Abuso ó negligencia de menores incluye:

- Una lesión no accidental hacia un menor por otra persona.
- Un daño ó lesión intencional hacia un menor ó el poner en peligro la persona ó salud del menor.
- Castigo ó lesion corporal illegal

Negligencia (Citación: Código Penal §11165.2)

- *Negligencia* es el trato ó maltrato negligente de un menor por la persona responsable del bienestar del menor, bajo las circunstancias de dañar ó amenazar de dañar la salud ó el bienestar del menor. Los términos incluyen ambos, el comportamiento y descuido por parte de la persona responsable.
- *Negligencia grave* significa la falla negligente de la persona que tiene el cuidado ó custodia del menor para proteger al menor de malnutrición ó tener un diagnostico medico de un retraso en el desarrollo del menor no debido a una falla del organismo. Negligencia grave también significa esas situaciones de negligencia donde cualquier persona que tiene el cuidado o la custodia del menor intencionadamente causa o permite que la persona ó salud del menor sea puesto en peligro, incluyendo el fallo intencional de proveer adecuadamente comida, ropa, albergue, ó cuidado medico.
- *Negligencia general* significa el fallo negligente de la persona que tiene el cuidado ó custodia del menor, para proveer adecuadamente comida, ropa, albergue, cuidado medico, ó supervisión donde no le ocurran daños físicos al menor.

Abuso Sexual (Citación: Código Penal §11165.01)

Abuso sexual significa asalto sexual ó explotación sexual como se define enseguida:

- *Asalto sexual* incluye violación, violación establecida por la ley, violación en acuerdo, incesto, sodomía, actos lascivos ó lujuriosos hacia un menor, copula oral, penetración sexual, molestia del menor.
- *Explotación sexual* significa cualquiera de los siguientes:
  - Describir a un menor envuelto en actos obscenos; preparando, vendiendo, ó distribuir material obsceno representando menores.
  - Permitir deliberadamente ó animar a un menor a comprometerse en, ó asistir a otros a comprometerse en, prostitución ó representación en vivo de conducta obscena sexual, ó de posar ó modelar solo ó con otras personas con el propósito de preparar una cinta, fotografía, negativo, diapositiva, dibujos, pinturas, ó cual quier otra descripción fotográfica, involucrando la conducta obscena sexual.
  - Describir al menor en, ó deliberadamente revelar, duplicar, imprimir, ó intercambiar cualquier cinta, fotografía, video cinta, negativo, ó diapositiva en el cual el menor este involucrado en una conducta obscena sexual.

Abuso Emocional (Citación: Código Penal §11166.05)

Daño emocional grave es evidente por la condición del menor ó comportamiento incluyendo, pero no limitado a, ansiedad severa, depresión, abandono, ó comportamiento agresivo insumiso hacia sí mismo ó los demás.

Abandono

Este tema no fue dirigido en la revisión de estatutos.

- ***Estándares para Reportar (Citación: Código Penal §§ 11165.2; 11165.6)*** Se requiere un reporte cuando el padre:
  - Intencionalmente causa ó permite daño al menor
  - Ha causado daños al menor por medios no accidentales
- ***Personas Responsables por el Menor (Citación: Código Penal §§11165.1)*** Persona responsable por el bienestar del menor se definen como padre/madre, encargado, padre adoptivo, ó administrador con licencia ó un empleado de un hogar residencial privado ó publico, escuela residencial, ú otro instituto residencial.
- ***Excepciones (Citación: Código Penal §§11165.2; 11165.6)*** Un menor que no recibe tratamiento medico especifico por motivos religiosos no es considerado negligencia. Mantenerse informado y tomar decisiones medicas apropiadas hechas por un padre después de consultar con un medico, no constituye negligencia. Abuso de menores ó negligencia no incluye disputa mutua entre menores.

El primer paso para ayudar a los niños que han sido abusados ó descuidados es reconocer los indicios del maltrato de menores. La presencia de un solo indicio no es prueba suficiente de que haya ocurrido el abuso en una familia, pero vale la pena evaluar la situación si estos indicios aparecen con frecuencia ó en combinación. Si usted sospecha que un niño es víctima del maltrato y lo denuncia puede proteger a este niño y obtener ayuda para su familia. Cualquier persona interesada puede denunciar sospechas de abuso y negligencia de menores. Algunas personas (por lo común ciertos tipos de profesionales) están obligadas por la ley a denunciar el maltrato de menores en ciertas circunstancias – a estas personas se les llama *denunciantes obligados.*

Cómo reconocer el maltrato de menores

Estos pueden ser indicios de abuso ó negligencia de menores:

El niño:

- Demuestra cambios repentinos en su comportamiento y en su desempeño escolar.
- Tiene problemas de aprendizaje que no pueden ser atribuidos a una causa física ó psicológica; se concentra con dificultad
- Siempre está alerta, como si algo malo le pudiera ocurrir
- Carece de supervisión adulta
- Es extremadamente retraído, pasivo o sumiso
- Llega temprano a la escuela y a otras actividades, se queda hasta tarde y no quiere regresar a su casa

El padre (ó la madre):

- Demuestra poco interés por el niño
- Ha sido notificado de los problemas físicos ó médicos del niño, pero el niño no ha recibido tratamiento
- Niega la existencia de los problemas del niño en casa ó la escuela, ó culpa al niño por estas dificultades
- Pide a los maestros ó cuidadores que utilicen fuerza física severa como método de disciplina si el niño se porta mal
- Exige resultados físicos ó académicos que el niño no puede alcanzar
- Muestra cierta dependencia afectiva con el niño; lo necesita para satisfacer sus necesidades emocionales; exige toda su atención.

El padre (ó madre) y el niño:

- Raramente se tocan ó se ven a la cara
- Consideran que su relación es completamente negativa
- Dicen no llevarse bien

Tipos de abuso

Estos son algunos indicios comúnmente asociados a ciertos tipos de abuso y negligencia, como el abuso físico, la negligencia, el abuso sexual y el abuso emocional. Es importante subrayar que estos tipos de abuso por lo común se manifiestan en combinación y no aisladamente. Un niño que es abusado físicamente a menudo también es víctima de otros tipos de abuso, como el abuso emocional ó psicológico. Un niño abusado sexualmente también puede ser víctima de la negligencia o el abandono.

CONFIRMACION DE RECIBO DEL FOLLETO DE ABUSO Y NEGLIGENCIA AL MENOR

Yo el padre/representante autorizado de _____, he recibido un copia

Nombre del niño/a

del **"Folleto del Abuso y Negligencia al Menor"** proporcionado por el Programa del Preescolar Estatal.

_____ _____

Firma del Padre ó guardian **Fecha**

Indicios de abuso físico

Hay que considerar la posibilidad de abuso físico cunado ***el niño:***

- Tiene lesiones, quemaduras, mordidas, ojos amoratados ó huesos dislocados ó rotos
- Tiene moretones, machucones ú otras marcas en la piel después de haber faltado al colegio
- Parece estar aterrorizado de sus padres y llora ó protesta cuando es hora de irse a su casa
- Se encoge ó se disminuye cuando un adulto se le acerca
- Dice que ha sido lastimado por un de sus padres ó por un cuidador

Hay que considerar la posibilidad de abuso físico cuando ***el padre, la madre, ú otro cuidador de adulto:***

- Da una versión contradictoria ó poco convincentes, ó cuando no puede explicar las lesiones del niño
- Dice que el niño es "malo", ó lo describe de manera muy negativa
- Recurre a la fuerza física severa para disciplinar al niño
- Fue abusado durante su infancia

Indicios de abandono ó descuido

Hay que considerar la posibilidad de negligencia ó abandono cuando ***el niño:***

- Falta a la escuela con frecuencia
- Anda mendigando por que le den comida ó dinero, ó los roba.
- Carece de atención médica ó dental, no tiene inmunizaciones ó lentes (si los necesita)
- Con frecuencia está sucio y huele mal
- No tiene ropa suficiente para protegerse del clima
- Abusa el alcohol y las drogas
- Dice que hay nadie en casa que lo puede cuidar ó atender

Hay que considerar la posibilidad de abandono ó negligencia cuando ***el padre, la madre ú otro cuidador adulto:***

- Se muestra indiferente hacia el niño y sus necesidades
- Parece estar deprimido ó sin motivación
- Se comporta de manera irracional
- Abusa el alcohol y las drogas.

Indicios de abuso sexual

Hay que considerar la posibilidad de abuso sexual cuando ***el niño:***

- Tiene dificultes para caminar ó para sentarse
- De pronto se niega a participar en actividades deportivas ó a cambiarse de ropa en el gimnasio
- Dice que tiene pesadillas y que se orina en la cama
- De pronto le cambia el apetito, no come bien
- Demuestra conocimientos sobre la sexualidad que parecen muy sofisticados, inusuales ó hasta raros para su edad
- Se embaraza ó contrae una enfermedad venera, particularmente si tiene menos de catorce años
- Se escapa de su casa
- Dice que fue abusado sexualmente por uno de sus padres ó por un cuidador adulto

Hay que considerar la posibilidad de abuso sexual cuando ***el padre, la madre ú otro cuidador adulto:***

- Sobreprotege al niño ó limita severamente su contacto con otros niños, especialmente del sexo opuesto
- Se recluye y es dado al misterio
- Es celoso y controla a otros miembros de la familia

Indicios del maltrato emocional

Hay que considerar la posibilidad de maltrato emocional cuando ***el niño:***

- Demuestra comportamientos extremos, que van de la sumisión al comportamiento intempestivo, de la pasividad a la agresión
- Se comporta como adulto (por ejemplo, cuidando a otros niños), ó demuestra cierto infantilismo (golpeándose la cabeza ó meciéndose)
- Está retrazado en su desarrollo físico ó emocional
- Ha intentado suicidarse
- Dice que no tiene un vínculo afectivo con sus padres

Hay que considerar la posibilidad de maltrato emocional cuando ***el padre, la madre ó otro cuidador adulto:***

- Acusa, desprecia ó humilla al niño constantemente
- No demuestra ningún interés por el niño y se niega a aceptar ayuda para los problemas del niño
- Rechaza al niño abiertamente

TOLL-FREE CRISIS HOTLINE NUMBER

Child Abuse
Child help
Phone: 800-4-A-CHILD (800-422-4453)
Who they help: Child abuse victims, patents, concerned individuals

Child Sexual Abuse
Stop It Now!
Phone: 888-PREVENT (888-773-8368)
Who they help: Adults, parents, offenders, concerned individuals

Crime Victims
National Center for Victims of Crime
Phone: 800-FYI-CALL (800-394-2255)
Who they help: Families, communities, and individuals harmed by crime

Family Violence
National Domestic Violence Hotline
Phone: 800-799-SAFE (800-799-7233)
Who they help: Children, parents, friends, offenders

Mental Illness
National Alliance on Mental Illness
Phone: 800-950-NAMI (800-950-6264)
Who they help: Individuals, Families, professionals

Missing/Abducted Children
Child Find of America
Phone: 800-I-AM-LOST (800-426-5678)
Who they help: Parents reporting los or abducted children

Child Find of America – Mediation
Phone: 800-A-WAY-OUT (800-292-9688)
Who they help: Parents (abduction, prevention, child custody issues)

National Center for Missing and Exploited Children
Phone: 800-THE –LOST (800-843-5678)
Who they help: Families and professionals (social services, law enforcement)

Rape/Incest
Rape, abuse & Incest National Network (RAINN)
Phone: 800-656-HOPE ext. 1 (800-656-4673 ext. 1)
Who they help: Rape and incest victims, media, policymakers, concerned individuals

Substance Abuse
National Alcohol and Substance Abuse Information Center
Phone: 800-784-6776
Who they help: Families, professionals, media, policymakers, concerned individuals

Suicide Prevention
National Suicide Hopeline
Phone: 800-784-2433
Who they help: Families, concerned individuals

National Suicide Prevention Lifeline
Phone: 800-273-8255
Who they help: Families, concerned individuals

Youth in Trouble/Runaways
National Runaway Switchboard
Phone: 800-RUNAWAY (800-786-2929)
Who they help: Runaway and homeless youth, families

The information on this pamphlet can be found at the following website:

Child Welfare Information Gateway
www.childwelfare.gov

Servicios Comunitarios
(Continuación)

- ❒ DESAROLLO 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

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
  2DO Y 4TO MARTES Y CADA 3ER VIERNES, TAMBIÉN TIENE PROGRAMAS DE ALCOHOL Y DROGAS
- ❒ SERVICIOS DE PROTECIÓN 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 PROTECIÓN Y SERVICIOS SOCIALES 510-262-7703
  AYUDA/REFERENCIA
- ❒ JÓVENES EN CRISIS 800-843-5200
  LÍNEA DE REFERENCIA

Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa

_____ Fecha

CUESTIONARIO DEL IDIOMA

_____ Escuela _____ Aula #

_____ Maestro

De acuerdo al Código de Educación de California se requiere que las escuelas tengan información sobre el idioma que el alumno habla en el hogar. Esta información es esencial para que las escuelas provean instrucción adecuada a todos los alumnos. Le pedimos su cooperación para poder cumplir con este importante requisito. Además le pedimos que conteste desde la pregunta A a la C para que nos ayude en el proceso de evaluación de su hijo/a. Muchas gracias.

Nombre del alumno:_____ _____ _____ _____

Apellido Nombre Segundo nombre Grado Edad Sexo

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla más frecuentemente su hijo/a en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma habla usted más frecuentemente con su hijo/a en el hogar? _____
4. ¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar? _____

_____ _____

Firma del padre/madre o encargado Teléfono

Por favor escriba la fecha y el país donde nació su hijo/a: mes/día/año: _____ País de nacimiento: _____

(School Office: I**f** the country of birth is not the US, send copy of HLS to RAP Center even if English is the only language listed.)

[State of California, Department of Education **OPER - LS 77 R-6/70]**

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA AYUDARNOS EN LA EVALUACIÓN DE SU HIJO/A

A. ¿Asistió su hijo/a a la escuela en otro país? ___ ___ Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____ ¿por cuánto tiempo? _____
sí no

B. ¿Ha asistido su hijo/a a una escuela en los Estados Unidos? __ __ Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ___/__ ¿dónde?_____ _____ _____
sí no mes año ciudad estado nombre de la escuela

C. ¿Ha asistido su hijo/a anteriormente a una escuela del WCCUSD? ____ ____ Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ /_____
sí no mes año

[EL Services -- WCCUSD -- NS -- Revised 3-11-10]

Attention school office: Retain original in cum folder --- Send copy to ELS, RAP Center, ONLY if it lists a language other than English OR the country of birth is not the U.S. (or both).

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_____
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 Educacionales 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

DRISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA NUEVO FORMULARIO DE MATRICULA _____

1) DATOS DEL ALUMNO

Escuela		Fecha de inscripción	Fecha de matrícula		Primera vez ☐ Re-inscripción ☐
Apellido del alumno	Nombre	Segundo nombre	Edad	Grado	Sexo : ☐ Masculino ☐ Femenino

Grupo étnico (por favor, marquen sólo uno):
☐ Indio americano ☐ Afro-americano ☐ Filipino ☐ Hispano/Latino ☐ Blanco (no hispano) ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano
☐ Vietnamita ☐ Nativo de la India ☐ Camboyano ☐ Otros de Asia ☐ Nativo de Guam ☐ Hawaiano ☐ Samoano ☐ Tahitiano ☐ 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: ☐ Acta de nacimiento ☐ 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: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____	Apellido	Nombre
	Dirección (si es diferente a la del alumno): calle, ciudad, estado, código postal	
	¿Vive con Ud. el alumno? ☐ Sí ☐ No	Idioma hablado en el hogar
Nivel de estudios: ☐ Secundaria incompleta ☐ Universitarios ☐ Escuela secundaria ☐ Primaria ☐ Preparatoria ☐ No contesta	Teléfono de domicilio	Teléfono celular
	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
	Grupo étnico	Trabajo

Por favor, marque sólo uno: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____	Apellido	Nombre
	Dirección (si es diferente a la del alumno): calle, ciudad, estado, código postal	
	¿Vive con Ud. el alumno? ☐ Sí ☐ No	Idioma hablado en el hogar
Nivel de estudios: ☐ Secundaria incompleta ☐ Universitarios ☐ Escuela secundaria ☐ Primaria ☐ Preparatoria ☐ 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 AUTHORIZADA 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**	☐ Sí ☐ 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
Departamento de Servicios Alimenticios
Barabara Jellison, Directora
750 Bissell Avenue
Richmond, CA 94801
Teléfono (510) 307-4580 Fax (510) 233-1805

Alergias a los alimentos o necesidad de dietas especiales

A los alumnos del Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa que por razones médicas necesitan una dieta especial, se les servirá comidas o alimentos alternativos, si se presenta una declaración médica que estipule las restricciones alimenticias, la cual esté firmada por una autoridad médica reconocida.

Si su hijo necesita un substituto de una comida determinada o una modificación de la textura de los alimentos debido a su discapacidad o alergia, haga el favor de obtener una declaración médica del doctor de su hijo en donde se estipule las alergias a los alimentos que tiene su hijo o la enfermedad crónica o discapacidad que este presenta. Para este propósito se encuentra disponible un formulario en el Departamento de Servicios Alimenticios o en la oficina de la escuela. El formulario completado debe ser devuelto al Departamento de Servicios Alimenticios. El nutricionista del Distrito le llamará para conversar sobre el asunto y clarificar lo que sea necesario.

Un niño con discapacidades o alérgico que tenga una notificación de su médico indicando sus necesidades tiene el derecho de recibir comidas especiales sin ningún cargo adicional, si la discapacidad previene que el alumno coma la comida regular que se sirve en la escuela. Por ejemplo, a un niño con alergia a la leche se le podría servir jugo de fruta en vez de productos lácteos, y a un niño alérgico al maní se le podría servir un alimento alternativo a los productos que contienen maní.

Es importante notar que ni la escuela, ni el Distrito Escolar, ni el Departamento de Servicios Alimenticios asume la responsabilidad por reacciones alérgicas de un niño ocasionadas por comidas o alimentos ingeridos en la escuela, a menos que exista una declaración médica para el alumno en los archivos del Departamento de Servicios Alimenticios. Realizaremos todos los esfuerzos para acomodar las necesidades alimenticias de los alumnos que tengan una declaración médica en los archivos. Se recomienda que los padres o apoderados actualicen anualmente la documentación médica. Si tuviese preguntas, haga el favor de conversar con Olivia Ho, RD. Nutricionista, llamando al (510) 307-4580 extensión 25408, o escribiendo a oho@wccusd.net.

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations (CDE Child Nutrition Programs, CNP 925 Rev. 8/17)
T17-763 Spanish, Arial Font, 2 pages

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:

☐ **Normal** ☐ **Picada** ☐ **Molida** ☐ **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.

PRE-ESCOLAR ESTATAL DEL DISTRITO WCCUSD

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:** _____

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Learning Program
1108 Bissell Ave
Richmond, CA California 94801
Telephone: (510) 307-4585

Olanrewaju Ajayi
Coordinador, Programas
de Aprendizaje Temprano

Jeny Aguirre
Trabajadora comunitaria
de aprendizaje temprano

Instrumento de lenguaje familiar

Estimadas familias de preescolar,

El propósito de este instrumento es identificar y comprender los antecedentes lingüísticos de cada niño para apoyar y fortalecer su desarrollo lingüístico. Esta información se utilizará para informar y planificar el plan de estudios del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el entorno de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las asociaciones familiares para mejorar el apoyo a los niños que aprenden en dos idiomas (DLL).

1) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo en casa?
Esto incluye el(los) idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extensa u otras personas que viven dentro o visitan el hogar.

2) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo en su vecindario y comunidad?
Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades extracurriculares. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir el dominio del idioma.

3) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?

4) ¿Qué idioma(s) habla su hijo?

¿Cuál es el nombre de su hijo? _____

¿A qué escuela asiste su hijo? _____