



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

# **PAQUETE DE CERTIFICACION PREESCOLAR**

*Año Escolar 2021-2022*



## **Establecimientos Escolares**

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

**PREESCOLAR DE DIA PARCIAL**

**SIRVIENDO A NIÑOS DE 3-5 AÑOS QUE RESIDEN EN EL AREA DE WCCUSD**

**Niños Elegibles**

**FECHA DE NACIMIENTO CAE ENTRE**

**3 DE DICIEMBRE DEL 2016 – 1 DE DICIEMBRE DEL 2018**

**LISTA DE REQUISITOS**

<input type="checkbox"/> Ingresos	<p><b><i>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).</i></b></p> <p><b><u>Recibo de ingresos de cada uno de los padres que esté empleado (últimos 30 días)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si recibe remuneración dos veces al mes o cada dos semanas debe traer los últimos dos recibos de salario</li> <li>- Si recibe remuneración semanalmente debe traer los últimos 4 recibos de salario</li> <li>- Si recibe remuneración mensualmente debe traer el último recibo de salario</li> </ul> <p><b><u>Si ambos padres viven en casa y uno no está trabajando</u></b></p> <p>Él o ella debe declarar que no recibe ingresos en el formulario de declaración de ingresos de los padres.</p> <p><b><u>Carta de asignación de beneficios (la carta para verificación debe estar fechada dentro de un periodo de 30 días antes de la cita)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desempleo</li> <li>- Discapacidad / Compensación laboral</li> <li>- SSI / SSA / SSP</li> <li>- TANF/Cash Aid</li> </ul> <p><b><u>Remuneración en dinero en efectivo</u></b></p> <p>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.</p> <p><b><u>Empleado independiente</u></b> <i>-(Usted debe proporcionar una combinación de documentos para determinar sus ingresos).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar la declaración de empleado independiente (incluida en los documentos enviados).</li> <li>-Una carta de la fuente proveedora de ingresos</li> <li>-Una copia firmada de la declaración de impuestos más reciente con una declaración que contenga una <u>estimación de los ingresos actuales</u> o lista de clientes</li> <li>- Otra información de los negocios, como por ejemplo: libro de contabilidad, archivo de recibos o de los negocios realizados.</li> </ul> <p><b>Podríamos solicitar documentos adicionales para verificar sus ingresos y determinar su ilegitimidad.</b></p>
<input type="checkbox"/> Verificación de la edad del alumno	<p>Certificado de nacimiento original del alumno que se matricula en el programa pre-escolar estatal</p>
<input type="checkbox"/> Verificación del número de miembros en la familia	<p>Usted debe presentar por cada uno de los niños uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificado de nacimiento original o acta de nacimiento</li> <li>- Orden de la corte en referencia a la custodia del menor</li> <li>- Documentos de adopción</li> <li>- Documentación de que el menor ha sido asignado a un hogar de crianza (foster)</li> <li>- Archivos escolares o médicos</li> <li>- Archivos del Departamento de Bienestar del Condado</li> </ul> <p><b>U otra documentación fidedigna indicando la relación del niño con sus padres</b></p>
<input type="checkbox"/> Verificación del domicilio	<p>Una cuenta de compañías prestadoras de servicio (cuenta de electricidad PG&amp;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.</p>
<input type="checkbox"/> Requisitos de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un examen físico hecho dentro de un periodo de <b>11 meses</b> 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.</li> <li>-<b>Archivo de vacunas</b> (se debe incluir 3 Poliomielitis, 4 DTAP, 1MMR, 1 Hib, 3 Hepatitis-B y 1 Varicela)</li> <li>-<b>Examen de tuberculosis</b> (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.</li> <li>- Un formulario de alergia a los alimentos se debe completar por un médico si fuese aplicable.</li> <li>- Un plan para el asma se debe completar por un médico si el menor tiene asma y necesita tomar medicina en la escuela.</li> <li>-Un Plan IEP si el niño recibe terapia de habla, terapia ocupacional u otros servicios de la Escuela Cameron.</li> </ul> <p><b>-Adjunte cualquier documentación de enfermedad crónica o condiciones médicas.</b></p>
<input type="checkbox"/> Formulario de emergencia	<p>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.</p>

**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 2021-22**

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 1<sup>ro</sup> 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 1<sup>ro</sup> 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”





## 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 auditar 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_









**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](mailto: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):*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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: \_\_\_\_\_

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

Las leyes federales identifican actos y comportamientos que, como mínimo, constituyen una forma de abuso o negligencia de menores. La Ley Federal para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Menores (CAPTA, por sus siglas en inglés), (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 u 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 o negligencia de menores incluye:

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

### **Negligencia (Citación: Código Penal §11165.2)**

- *Negligencia* es el trato o maltrato negligente de un menor por la persona responsable del bienestar del menor, bajo las circunstancias de dañar o amenazar de dañar la salud o 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 o custodia del menor para proteger al menor de malnutrición o tener un diagnóstico médico 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 intencionalmente causa o permite que la persona o salud del menor sea puesto en peligro, incluyendo el fallo intencional de proveer adecuadamente comida, ropa, albergue, o cuidado médico.
- *Negligencia general* significa el fallo negligente de la persona que tiene el cuidado o custodia del menor, para proveer adecuadamente comida, ropa, albergue, cuidado médico, o supervisión donde no le ocurran daños físicos al menor.

### **Abuso Sexual (Citación: Código Penal §11165.01)**

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

- *Asalto sexual* incluye violación, violación establecida por la ley, violación en acuerdo, incesto, sodomía, actos lascivos o 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, o distribuir material obsceno representando menores.
  - Permitir deliberadamente o animar a un menor a comprometerse en, o asistir a otros a comprometerse en, prostitución o representación en vivo de conducta obscena sexual, o de posar o modelar solo o con otras personas con el propósito de preparar una cinta, fotografía, negativo, diapositiva, dibujos, pinturas, o cualquier otra descripción fotográfica, involucrando la conducta obscena sexual.
  - Describir al menor en, o deliberadamente revelar, duplicar, imprimir, o intercambiar cualquier cinta, fotografía, video cinta, negativo, o 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 o comportamiento incluyendo, pero no limitado a, ansiedad severa, depresión, abandono, o comportamiento agresivo insumiso hacia sí mismo o 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 o 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, o administrador con licencia o un empleado de un hogar residencial privado o público, escuela residencial, u otro instituto residencial.
- **Excepciones (Citación: Código Penal §§11165.2; 11165.6)** Un menor que no recibe tratamiento médico específico por motivos religiosos no es considerado negligencia. Mantenerse informado y tomar decisiones médicas apropiadas hechas por un padre después de consultar con un médico, no constituye negligencia. Abuso de menores o negligencia no incluye disputa mutua entre menores.

El primer paso para ayudar a los niños que han sido abusados o 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 o 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 o 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 o 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 (o la madre):**

- Demuestra poco interés por el niño
- Ha sido notificado de los problemas físicos o médicos del niño, pero el niño no ha recibido tratamiento
- Niega la existencia de los problemas del niño en casa o la escuela, o culpa al niño por estas dificultades
- Pide a los maestros o cuidadores que utilicen fuerza física severa como método de disciplina si el niño se porta mal
- Exige resultados físicos o 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 (o madre) y el niño:**

- Raramente se tocan o 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 o 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 o guardian

Fecha

**Indicios de abuso físico**

Hay que considerar la posibilidad de abuso físico cuando *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 dificultades 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 venerea, 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 retrasado 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

**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](http://www.childwelfare.gov)

## 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<sup>DO</sup> Y 4<sup>TO</sup> MARTES Y CADA 3<sup>ER</sup> 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)

- 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



## 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 2021-22

**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



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA

## 2021-22 Formulario de inscripción para los nuevos alumnos

### 1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Escuela		Fecha de la inscripción		Fecha de la matrícula		SSID#	
Apellido legal del alumno		Primer nombre		Segundo nombre		Edad	Grado
						Género : <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> No binario u otro	
Domicilio en que vive el alumno, Ciudad, Estado, Código Postal				Número de teléfono de casa			
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/Pais)		Verificación de la fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de nac. <input type="checkbox"/> Otro: _____ Verificado por: _____			
País de ciudadanía		Última escuela a la que asistió		Dirección de la última escuela a la que asistió			
Última fecha de matrícula (mes/día/año)		Período de tiempo que estuvo en la escuela		Prueba para verificar el grado cursado <input type="checkbox"/> Documento de transferencia <input type="checkbox"/> Libreta de calificaciones <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿Estuvo matriculado previamente en el Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí escriba las escuelas : _____						Mes y año en que dejó la escuela del Distrito (WCCUSD)	
¿Es la persona con la que vive el alumno su encargado LEGAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Si respondió no, complete una declaración de cuidado del menor "Caregiver Affidavit"							

### 2) INFORMACIÓN DEL PADRE O APODERADO

Por favor marque una alternativa: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido		Primer nombre	
	Dirección, calle, ciudad, código postal (si fuese diferente a la del alumno)			
	¿Vive con el alumno? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Lenguaje que se habla en casa	
Nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> No graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Graduado de Licenciatura o Superior <input type="checkbox"/> Me Niego a Declarar	Número de teléfono de negocios		Número del teléfono celular	
	Número de teléfono de casa		Correo electrónico (E-mail)	
	Empleador		Ocupación	
Por favor marque una alternativa: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido		Primer nombre	
	Dirección, calle, ciudad, código postal (si fuese diferente a la del alumno)			
	¿Vive con el alumno? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Lenguaje que se habla en casa	
Nivel más alto de educación : <input type="checkbox"/> No graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Graduado de Licenciatura o Superior <input type="checkbox"/> Me Niego a Declarar	Número de teléfono de negocios		Número del teléfono celular	
	Número de teléfono de casa		Correo electrónico (E-mail)	
	Empleador		Ocupación	

### 3) INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS EN LA FAMILIA (Haga una lista de todos los niños incluyendo este alumno, en orden de nacimiento)

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela actual

### 4) INSTITUCIONES DE MENORES CON LICENCIA/HOGARES DE FAMILIAS DE CRIANZA (FOSTER HOME)

Nombre de la institución		Persona de contacto		LCI/FFH#	
Dirección de la institución		Teléfono de la institución		Teléfono alternativo	

### 5) ORDEN DE LA CORTE

¿Existe alguna orden de la corte que restrinja los derechos legales de uno de los padres? Si respondió sí, haga el favor de adjuntar una copia de la orden de la corte a este formulario de inscripción.		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
--	--	---	--



¿Tiene su hijo un Plan Educativo Individual (IEP)?  No  Sí (Si respondió Sí, por favor adjunte el IEP más reciente de su hijo)

¿Se encuentra el estudiante en estos momentos bajo un Plan de Acomodaciones por Discapacidad (Plan 504)?  No  Sí (Si respondió Sí, por favor adjunte una copia)

¿Ha sido identificado su hijo como alumno del programa GATE?  No  Sí

El estudiante vive con:  Ambos padres  Custodia compartida  Padre  Madre  
 Padrastra o madrastra solamente  Apoderado  Encargado del cuidado del menor  Otro pariente  Otro adulto

¿Es la persona(s) (que indicó) el apoderado LEGAL del estudiante?  Sí  No -Si respondió No, por favor complete una "Declaración de Cuidado del Menor"

¿Existe un acuerdo legal sobre la custodia u otra orden de la corte en relación a este estudiante? Si es así, por favor indique de qué tipo y adjunte una copia.  
 Custodia conjunta  Custodia exclusiva  Tutela  Otro :

¿En qué idioma desea recibir comunicación de parte de la escuela?  Inglés  Español

**ETNICIDAD Y RAZA (Requerido por el reglamento federal de NCLB)**  
Haga el favor de responder **AMBAS** preguntas referentes a la etnicidad y raza de su hijo/a

**¿CUÁL ES EL GRUPO ÉTNICO AL QUE PERTENECE SU HIJO? (marque una)**

**Hispano o latino** (Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Central o Sud América , u otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza)

**No hispano o latino**

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO?** La pregunta anterior era referente a la etnicidad , no a la raza. No importa lo que haya seleccionado antes indique cuál es la raza de su hijo. **(Seleccione 1 o más de las siguientes categorías raciales hasta un máximo de 5)**

**Nativo Americano, Nativo Indio o Nativo de Alaska =(100)** - Una persona que tenga procedencia de cualquier persona originaria del Norte de América, América Central y Sudamérica

**Asiático** - Una persona con orígenes de cualquier grupo originario del Este Asiático, del Sudeste de Asia o de la India Subcontinental incluyendo por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam

**Nativo de Hawái u otros isleños del Pacífico** - Una persona que tenga orígenes de cualquier grupo de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico

**Chino (201)**  **Japonés ( 202)**  **Hawaiano (301)**

**Coreano (203)**  **Vietnamita (204)**  **Guamano o nativo de Guam (302)**

**Filipino (400)**  **Laociano (206)**  **Samoano (303)**

**Camboyano (207)**  **Miao o Hmong (208)**  **Tahitiano (304)**

**Indio asiático (205)**  **Otros asiáticos (299)**  **Otros isleños del Pacífico (399)**

**Afro-Americano (600)** - Una persona con orígenes de cualquier grupo de raza negra de África  **Blanco (700)** - Una persona que tenga orígenes de cualquier grupo originario de Europa, del Medio Este o de Norte África

**Ciudad de nacimiento del alumno:** \_\_\_\_\_ **Estado en que nació el alumno (Estados Unidos, México, Canadá):** \_\_\_\_\_

**País de nacimiento del alumno (Requerido):** \_\_\_\_\_

**Si su hijo nació en un país diferente a los Estados Unidos, indique la FECHA (mes/día/año) en que el alumno ingresó a los Estados Unidos:** \_\_\_\_\_

**Nivel Educativo de los Padres—Seleccione la respuesta que describe el nivel de Educación del padre/apoerado más altamente educado**

<input type="checkbox"/> <b>Graduado de Licenciatura o Superior (5)</b> - Una persona recibió un título académico de maestría o doctorado.	<input type="checkbox"/> <b>Graduado de la Preparatoria (2)</b> - Un individuo se graduó de la escuela preparatoria, cumplió con todos los requisitos de la graduación estatales y locales y recibió un diploma de escuela preparatoria estándar.
<input type="checkbox"/> <b>Graduado de la Universidad (4)</b> - Un individuo asistió a una institución de educación postpreparatoria y se graduó con una licenciatura.	<input type="checkbox"/> <b>No Graduado de la Preparatoria (6)</b> - Un individuo no cumplía con los requisitos estatales y locales graduación y no recibió un diploma de preparatoria estándar.
<input type="checkbox"/> <b>Alguna Universidad o Grado Asociado (3)</b> - Un individuo asistió o asiste a una institución de educación postpreparatoria pero no lo hizo o todavía no se ha graduado con una licenciatura. Esto incluye a un individuo que recibió un grado asociado.	<input type="checkbox"/> <b>Me Niego a Declarar (6)</b> - Un individuo se negó a declarar su más alto nivel educativo.

**Categoría de Residencia Primaria- describa el lugar en que vive el alumno con mayor frecuencia ya sea considerada permanente o no**

<input type="checkbox"/> <b>Hogar permanente</b> - Cualquier residencia fija que sea una propiedad comprada; arrendada o subarrendada (casa, condominio, departamento, casa móvil, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Institución con licencia para niños</b> - Una facilidad con licencia del estado u otra agencia pública quien ha delegado autoridad a través de un contrato expedido por el estado para proporcionar vivienda y atención no médica a los niños, incluyendo entre otros a niños con necesidades excepcionales .
<input type="checkbox"/> <b>Hogares de crianza para niños (Foster) u Hogares de parientes</b> - Residencia de una familia que tiene una licencia del estado o de otra agencia pública y a la cual se le ha delegado autoridad a través de un contrato con el estado para ofrecer supervisión y cuidado no médico las 24 horas del día a no más de 6 niños de crianza incluyéndose entre otros a niños con necesidades excepcionales.	<input type="checkbox"/> <b>Residencia escolar/Dormitorios</b> - Una escuela laica, en donde alumnos con necesidades excepcionales viven las 24 horas del día y reciben educación especial y servicios relacionados en el establecimiento. Esto incluye tanto facilidades privadas como públicas.
<input type="checkbox"/> <b>Albergue temporal</b> — Residencia temporal proporcionada para individuos sin hogar que de otra manera dormirían en la calle o una residencia temporal proporcionada para individuos en situaciones de emergencia.	<input type="checkbox"/> <b>Institución de salud</b> - Un hospital público, un hospital para niños con licencia del estado, un hospital psiquiátrico, hospital patentado, o una institución de salud con propósitos médicos (EC 56167 (a)).
<input type="checkbox"/> <b>Hoteles/Moteles</b> - Una residencia temporal para individuos sin hogar en que usualmente se requiere un pago o cupones para la estadia o servicios diarios, semanales o mensuales.	<input type="checkbox"/> <b>Institución de reclusión</b> - Individuos para quienes la corte para jóvenes ha determinado que permanezcan en un reformatorio, casa para jóvenes, centros diurnos o campamento, o para individuos que son enviados a una escuela comunitaria del condado (EC 56150).
<input type="checkbox"/> <b>Residencia temporal compartida con otros</b> - Una residencia temporal que una familia sin hogar comparte con otras personas debido a la pérdida de la vivienda, problemas económicos u otras razones similares.	<input type="checkbox"/> <b>Centro de desarrollo</b> - Una facilidad de vivienda que proporciona servicios a individuos que de acuerdo a los centros regionales del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), requieren programas, entrenamiento de cuidado, tratamiento y supervisión en una facilidad de salud estructurada las 24 horas del día.
<input type="checkbox"/> <b>Temporalmente sin Albergue</b> - Un tipo de residencia para individuos sin hogar que no ha sido creada con el propósito de habitar en ella, como por ejemplo; vehículos, parques, veredas, edificios abandonados, campamentos, estaciones de trenes o de autobuses, o personas abandonadas en un hospital (en la calle).	<input type="checkbox"/> <b>Hospital estatal</b> - Un hospital estatal es una facilidad de vivienda operada por el Departamento de Salud Mental de California (DMH).
	<input type="checkbox"/> <b>Otro</b> - Cualquier otro tipo de residencia que no haya sido mencionada en ninguna otra categoría como residencia primaria.

**Verifico que la información en el Formulario de inscripción para los nuevos alumnos es verdadera de acuerdo a mis conocimientos, y entiendo que cualquier información incorrecta podría afectar negativamente la inscripción y asignación de mi estudiante.**

**Firma del padre/apoderado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



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 sustituto 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](mailto:oho@wccusd.net).

## 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:			
<b>Alimentos que deben excluirse</b>		<b>Sustituciones sugeridas</b>	
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](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](mailto: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.



**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: \_\_\_\_\_