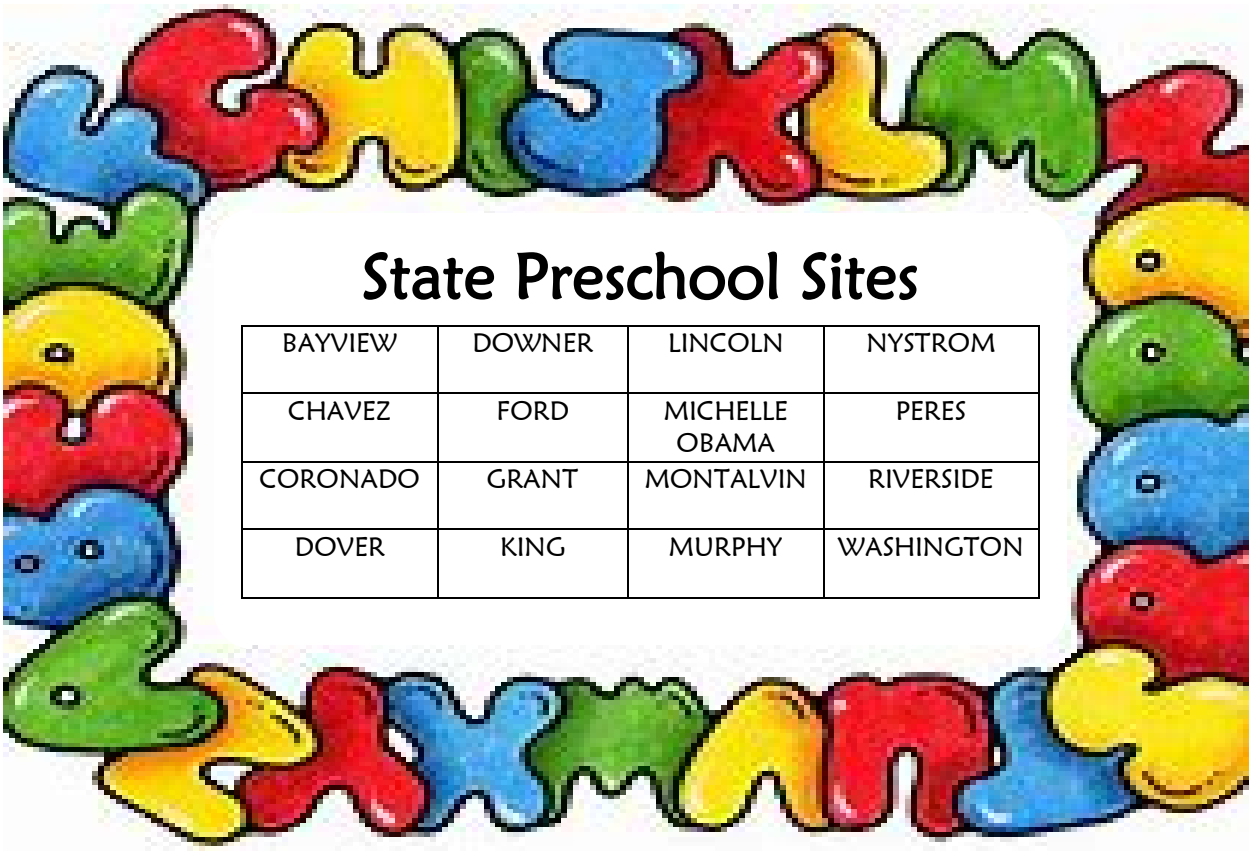
West Contra Costa Unified School District
Early Learning Department
State Preschool Program

PRESCHOOL CERTIFICATION PACKET

2022-2023 School Year



PART DAY PRESCHOOL

SERVING CHILDREN AGES 3-5 WHO RESIDE IN THE WCCUSD AREA

Eligible Children

DATE OF BIRTH FALLS BETWEEN

DECEMBER 3, 2017 – DECEMBER 1, 2019

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

PAQUETE DE CERTIFICACION PREESCOLAR

Año Escolar 2022-2023

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 2017 – 1 DE DICIEMBRE DEL 2019

REQUIREMENTS CHECKLIST

☐	**Income**	***An employment release authorizing to contact the employer must be completed by each working parent (the form is included in your packet).*** **Paystubs for each working parent (within 30 days)** - twice a month or bi-weekly bring the last 2 paystubs - weekly bring the last 4 paystubs - monthly bring your last paystub **If both parents live at home and one is not working** He /She must declare that they have no income on the Parental Income Declaration. **Award Letter for benefits (Verification must be dated within 30 days of your appointment)** - Unemployment - Disability / Workers Comp - SSI / SSA / SSP - TANF/Cash Aid **Paid in cash** We need a letter from your employer that includes your salary/wages, hours and days of work, pay periods and start date, potential for overtime and tips or additional compensation. **Self Employed** - *(You must provide a combination of documentation to determine income).* - *Complete a self-employment declaration form (included in your packet).* - A letter from the source of income - A copy of the most recently signed and completed tax returns with a statement of current estimated income or client list - Other business records, such as ledgers, receipts or business log **We may request additional documentation to verify your income to determine your income eligibility.**
☐	**Student age Verification**	Original Birth Certificate or Birth Record of student who will enroll in State Preschool Program.
☐	**Family size Verification**	You must present for all children in household one of the following documents: - Original birth certificate or Birth Record - Court orders regarding child custody - Adoption documents - Records of foster care placements - School or medical records - County welfare department records **or other reliable documentation indicating the relationship of the child to the parent**
☐	**Address Verification**	A utility bill (PG&E, Water or Garbage) or rental agreement under parent's name is required. If parent does not have a utility bill under their name, they must provide a current utility bill from the person they are living with and a copy of that person's ID in addition to completing a "Declaration of Residence" (included in your packet). The top portion of the Declaration form should be completed by the parent and the bottom portion should be completed by the person you are living with.
☐	**Health Requirements**	-**Physical exam** within **11 months** of your certification appointment or Doctor's appointment card indicating upcoming appointment. -**Immunization record** (must include 3 Polio, 4 DTAP, 1MMR, 1 Hib, 3 Hep-B and 1 Varicella) -**TB test** (must have given date, read date and results) or screening within **11 months** - Food Allergy Form must be completed by a physician if applicable. - Asthma Plan must be completed by a physician if child has asthma & needs medication at school. -IEP If child is receiving speech/occupational therapy or any other services from Cameron. -**Attach documentation of any chronic disease or medical condition**
☐	**Emergency Form**	You must add four adults other than the parent(s)/Guardian(S). Please write their complete name, address and working phone number. They must be over 18 years old and live in West Contra Costa School District area.

NOTE: BLACK OR BLUE INK ONLY. YOU MUST BRING ORIGINAL DOCUMENTS. COPIES WILL NOT BE ACCEPTED.

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.

West Contra Costa Unified School District
Early Learning Programs

STATE PRESCHOOL
ENROLLMENT PRIORITIES 2022-23

West Contra Costa Unified School District offers State Preschool for families who are certified eligible based on income, family size and admission priorities.

Limited placement may be available for families who are over income on first come first serve basis.

CDE Policy (Effective July 1, 2014):
"Four-year-old children" are children who will have their fourth birthday **on or before September 1st** of the fiscal year they are being served.

"Three-year-old children" are children who will have their third birthday **on or before December 1st** of the fiscal year they are being served.

Note: It is at the Early Learning Departments discretion to approve or deny any application. Any application that has been found to be falsely represented will be denied.

The Journey to Academic Excellence

"Leaders Start Little"

Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa
Departamento de Educación Temprana

PREESCOLAR ESTATAL
PRIORIDADES DE INSCRIPCIÓN 2022-23

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"

Special Needs / Services List

2022-23

My child _____ has the following special needs/services:

Special Needs/Services (please check all that apply)	YES √	NO √	Parent/Guardian Comments	√ DOC. Attached
CPS under protective services	☐	☐		
CPS at risk	☐	☐		
Homeless	☐	☐		
IEP (Individual Education Plan)	☐	☐		
Foster Child or Adopted	☐	☐		
Restraining Orders	☐	☐		
Court Documents for custody	☐	☐		
Asthma	☐	☐		
Food allergies	☐	☐		
Allergies to medication	☐	☐		
Needs EPI Pen	☐	☐		
Vegetarian / Food restrictions	☐	☐		
Is your child toilet trained?	☐	☐		
Are you a single parent?	☐	☐		
Any other needs/service of which our office and teachers should be aware of, specify:	☐	☐		

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Lista de Necesidades / Servicios Especiales

2022-23

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

Olanrewaju Ajayi
Coordinator, Early Learning Programs

STATE PRESCHOOL PROGRAM
ADMISSION AGREEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____ _____
Parent Signature Date

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

_____ _____
WCCUSD Early Learning Programs Staff Date

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
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.
_____
_____
_____

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Learning Programs
State Preschool Program

Parental Income Declaration

Instruction: This form is to be used to secure a written declaration under penalty of perjury form the parent.

Explanation of Need for Declaration:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I, _____, hereby declare under penalty of
(Last Name, First)

perjury and the laws of the State of California that the above information is true and correct with the best of my knowledge.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Date

_____ _____
Signature of Staff Date

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

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Learning Programs
1108 Bissell Avenue, Room 128
Richmond, CA 94801
Telephone: (510) 307-4585
Email: Preschool@wccusd.net

Olanrewaju Ajayi
Coordinator, Early Learning Programs

SELF-EMPLOYMENT DECLARATION FORM

I, _____parent of _____ certify that
(PLS. PRINT)

I am self-employed and the following information pertaining to my work and income are provided below together with the attached supporting document(s) to verify my eligibility to utilize the services of the West Contra Costa Unified School District State Preschool Program. I understand that Early Learning Department may ask for additional documentation to be able to make a reasonable assessment of my income.

Job Title: _____ Start Date of Self-Employment: _____

Number of work hours per day: _____ Number of work days per week: _____

Type of Work Performed: (*Please give a brief explanation about the nature of your job and place of work/business:*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

By signing this form, I declare under penalty of perjury under the laws of California that the foregoing is true and correct and of my own personal knowledge and if called upon to testify, I would be competent to testify.

Executed on _____ 20 _____ at, _____, California
(DATE)

Parent's Signature:_____

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):*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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: _____

How is Child Abuse and Neglect Defined in Federal Law?

Federal legislation lays the groundwork for States by identifying a minimum set of acts or behaviors that defines child abuse and neglect. The Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA), (42 U.S.C.A. §5106g), as amended by the Keeping Children and Families Safe Act of 2003, defines child abuse and neglect as, at minimum:

- Any recent act or failure to act on the part of a parent or caretaker which results in death, serious physical or emotional harm, sexual abuse or exploitation; or
- An act or failure to act which presents an imminent risk of serious harm.

Most Federal and State child protection law primarily refer to cases of harm to a child caused by parents or other caregivers; they generally do not include harm caused by other people, such as acquaintances or strangers.

What are the Major Types of Child Abuse and Neglect?

With in the minimum standards set by CAPTA, each state is responsible for providing its own definitions of child abuse and neglect. Most State recognize four major types of maltreatment: physical abuse, neglect, sexual abuse, and emotional abuse. Although any of the forms of child maltreatment may be found separately, they often occur in combination. In many states, abandonment and parental substance abuse are also defined as forms of child abuse or neglect. The definitions provided below are for the State of California only. Not all States' will include all of the listed definitions below, and individual States' definitions may cover additional situations not mentioned here.

Physical Abuse (Citation: Penal Code §§11165.6; 11165.3)

Child Abuse or neglect includes:

- Physical injury inflicted by other than accidental means upon a child by another person
- Willful harming or injury of the child or the endangering of the person or health of the child
- Unlawful corporal punishment or injury

Neglect (Citation: Penal Code §11165.2)

- *Neglect* means the negligent treatment or the maltreatment of a child by a person responsible for the child's welfare under circumstances indicting harm or threatened harm to the child's health or welfare. The term includes both acts and omissions on the part of the responsible person.
- *Severe neglect* means the negligent failure of a person having the care or custody of a child to protect the child from severe malnutrition or medically diagnosed nonorganic failure to thrive. *Severe neglect* also means those situations of neglect where any person having the care or custody of a child willfully causes or permits the person or health of the child to be placed in a situation such that his or her person or health is endangered, including the intentional failure to provide adequate food, clothing, shelter, or medical care.
- *General neglect* means the negligent failure of a person having the care or custody of a child to provide adequate food, clothing, shelter, medical care, or supervision where no physical injury to the child has occurred.

Sexual Abuse (Citation: Penal Code §11165.1)

Sexual abuse means sexual assault or sexual exploitation as defined below:

- *Sexual assault* includes rape, statutory rape, rape in concert, incest, sodomy, lewd or lascivious acts upon a child, oral copulation, sexual penetration, child molestation.
- *Sexual exploitation* refers to any of the following:
  - Depicting a minor engaged in obscene acts; preparing, selling, or distributing obscene matter that depicts minors; employing a minor to perform obscene acts
  - Knowingly permitting or encouraging a child to engage in, or assisting others to engage in, prostitution or a live performance involving obscene sexual conduct, or to either pose or model alone or with others for purposes of preparing film, photograph, negative, slide, drawing, painting, or other pictorial depiction, involving obscene sexual conduct
  - Depicting a child in, or knowingly developing, duplicating, printing, or exchanging any film, photograph, videotape, negative, or slide in which a child is engaged in an act of obscene sexual conduct

Emotional Abuse (Citation: Penal Code §11166.05)

Serious emotional damage is evidence by state of being or behavior including, but not limited to, severe anxiety, depression, withdrawal, or untoward aggressive behavior toward self or others.

Abandonment

This issue is not addressed in the statutes reviewed.

- ***Standards for Reporting (Citation: Penal Code §§11165.2; 11165.6)*** A report is required when a parent:
  - Willfully causes or permits harm to the child
  - Has inflicted by nonaccidental means injury on the child
- ***Persons Responsible for the Child (Citation: Penal Code §11165.1)*** *Person responsible for a child's welfare* means a parent, guardian, foster parent, or a licensed administrator or employee of a public or private residential home, residential school, or other residential institution.
- ***Exceptions (Citation: Penal Code §§11165.2; 11165.6)*** A child not receiving specific medical treatment for religious reasons is not considered neglected.
  Informed and appropriate medical decisions made by a parent, after consultation with a physician, do not constitute neglect.
  Child abuse or neglect does not include a mutual affray between minors.

The first step in helping abused or neglected children is learning to recognize the signs of child abuse or neglect. The presence of a single sign does not prove child abuse is occurring in a family, but a closer look at the situation may be warranted when these signs appear repeatedly or in combination. If you suspect a child is being harmed, reporting your suspicious may protect the child and get help for the family. Any concerned person can report suspicions of child abuse and neglect. Some people (typically certain types of professionals) are required by law to make a report of child maltreatment under specific circumstances – these are called mandatory reporters.

Recognizing Child Abuse

The following signs may signal the presence of child abuse or neglect.

The Child:

- Shows sudden changes in behavior or school performance
- Has not received help for physical or medical problems brought to the parents' attention
- Has learning problems (or difficulty concentrating) that cannot be attributed to specific physical or psychological causes
- Is always watchful, as though preparing for something bad to happen
- Lacks adult supervision
- Is overly compliant, passive, or withdrawn
- Comes to school or other activities early, stays late, and does not want to go home

The Parent:

- Shows little concern for the child
- Denies the existence of – or blames the child for – the child's problems in school or at home
- Asks teachers or other caregivers to use harsh physical discipline if the child misbehaves
- Sees the child as entirely bad, worthless, or burdensome
- Demands a level of physical or academic performance the child cannot achieve
- Looks primarily to the child for care, attention, and satisfaction of emotional needs

The Parent and Child:

- Rarely touch or look at each other
- Consider their relationship entirely negative
- State that they do not like each other

Types of Abuse

The following are some signs often associated with particular types of child abuse and neglect: physical abuse, neglect, sexual abuse, and emotional abuse. It is important to note, however, that these types of abuse are more typically found in combination than alone. A physically abused child, for example, is often emotionally abused as well, and a sexually abuse child also may be neglected.

Signs of Physical Abuse

Consider the possibility of physical abuse when the child:

- Has unexplained burns, bites, bruises, broken bones, or black eyes
- Has fading bruises or other marks noticeable after and absence from school
- Seems frightened of the parents and protests or cries when it is time to go home
- Shrinks at the approach of adults
- Reports injury by a parent or another adult caregiver

Consider the possibility of physical abuse when the ***parent or other adult caregiver:***

- Offers conflicting, unconvincing, or no explanation for the child's injury
- Describes the child as "evil," or in some other very negative way
- Uses harsh physical discipline with the child
- Has a history of abuse as a child

CHILD ABUSE AND NEGLECT PAMPHLET CONFIRMATION RECEIPT

I, parent, authorized representative of _____, have
Child's Name
received a copy of the **"Child Abuse and Neglect Pamphlet"** provided by the State Preschool Program.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Date

Signs of Neglect

Consider the possibility of neglect when the ***child***:

- Is frequently absent from school
- Begs or steals food or money
- Lacks needed medical or dental care, immunizations, or glasses
- Is consistently dirty and has severe body odor
- Lacks sufficient clothing for the weather
- Abuses alcohol or other drugs
- State that there is no one at home to provide care

Consider the possibility of neglect when the ***parent or other adult caregiver***:

- Appears to de indifferent to the child
- Seems apathetic or depressed
- Behaves irrationally or in a bizarre manner
- Is abusing alcohol or other drugs

Signs of Sexual Abuse

Consider the possibility of sexual abuse when the ***child***:

- Has difficulty walking or sitting
- Suddenly refuses to change for gym or to participate in physical activities
- Reports nightmares or bedwetting
- Experiences a sudden change in appetite
- Demonstrates bizarre, sophisticated, or unusual sexual knowledge or behavior
- Becomes pregnant or contacts a venereal disease, particularly if under age 14
- Runs away
- Reports sexual abuse by a parent or another adult caregiver

Consider the possibility of sexual abuse when the ***parent or other adult caregiver***:

- Is unduly protective of the child or severely limits the child's contact with other children, especially of the opposite sex
- Is secretive and isolated
- Is jealous or controlling with family members

Signs of Emotional Maltreatment

Consider the possibility of emotional maltreatment when the ***child***:

- Shows extremes in behavior, such as overly compliant or demanding behavior, extreme passivity, or aggression
- Is either inappropriately adult (parenting other children, for example) or inappropriately infantile (frequently rocking or head-banging, for example)
- Is delayed in physical or emotional development
- Has attempted suicide
- Reports a lack of attachment of the parent

Consider the possibility of emotional maltreatment when the ***parent or other adult caregiver***:

- Constantly blames, belittles, or berates the child
- Is unconcerned about the child and refuses to consider offers of help for the child's problem
- Overtly rejects the child

TOLL-FREE CRISIS HOTLINE NUMBER

Child Abuse
Childhelp
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

TOLL-FREE CRISIS HOTLINE NUMBER

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

¿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

Community Resources

- ❒ POISON CONTROL HOT LINE 800-876-4766
  INFORMATION ON TOXIC SUBSTANCES
- ❒ CHILD CARE SOLUTIONS 510-412-9200
  COUNSELING, REFERRALS, CLASSROOM ASSISTANCE FOR TEACHERS
- ❒ BATTERED WOMEN'S HOT LINE 1-888-215-5555
  REFERRALS FOR SHELTER COUNSELING
- ❒ RAPE CRISIS CENTER 800-670-7273
  REFERRALS FOR COUNSELING HELP
- ❒ RICHMOND FOOD PANTRY 510-235-9732
  FOOD - TUES & FRI. 12 – 3 P.M.
- ❒ SAN PABLO FOOD PANTRY 510-232-0258
  FOOD – MON & WED. 9:00 – 11 A.M.
- ❒ SALVATION ARMY 510-262-0500
  FOOD BANK, CLOTHING, - REQUIRES REFERRAL FROM SOCIAL WORKER – TUES. & FRI. 9 – 10:30 A.M.
- ❒ BAY AREA RESCUE MISSION 215-4555, 215-4884, 215-4860, 215-4868
  CLOTHING, HOUSING, MEALS
- ❒ RICHMOND SOUPER CENTER 510-233-2141
  165 22ND ST., RICHMOND, 10 A.M. – 2ND & 4TH TUES., & EVERY 3RD FRI., ALSO HAS DRUG & ALCOHOL PROGRAMS
- ❒ CHILDREN'S PROTECTIVE SERVICES SOCIAL SERVICES 510-262-7700
  INFORMATION & REFERRAL FOR FAMILIES IN CRISIS & NEED
- ❒ CRISIS CENTER, GRIEF COUNSELING 800-837-1818
- ❒ CRISIS & SUICIDE INTERVENTION 800-833-2900
- ❒ RUBICON 510-235-1516
  EMPLOYMENT & TRAINING SERVICE
- ❒ BAY AREA LEGAL AID 510-233-9954
  LOW INCOME RESIDENTS CAN GET SERVICE
- ❒ PARKS & RECREATION 510-620-6793
  AFTER SCHOOL PROGRAMS, SUMMER CAMPS
- ❒ BERKELEY HUMANE SOCIETY 510-845-7735
  PET ADOPTION, STRAY ANIMAL PICK-UP
- ❒ FIRE DEPARTMENT ADMINISTRATIVE OFFICE 510-307-8031
  EMERGENCY INFORMATION, CLASSROOM PRESENTATIONS
- ❒ POLICE DEPARTMENT ADMINISTRATIVE OFFICE 510-620-6656
  CLASSROOM PRESENTATION, EMERGENCY INFORMATION
- ❒ MAIN BRANCH LIBRARY 510-620-6561
  EDUCATIONAL, STORY HOUR, MOBILE LIBRARY
- ❒ EMPLOYMENT SERVICES/SOCIAL SERVICES 510-262-7703
  HELP/REFERRALS
- ❒ YOUTH CRISIS 800-843-5200
  HOT LINE REFERRAL SERVICE

Community Resources

- ❒ LAO FAMILY COMMUNITY DEVELOPMENT 510-215-1220
  REFERRALS/COUNSELING
- ❒ FAMILIAS UNIDAS COUNSELING CENTER 510-412-5930
  TRANSLATING, JOB REFERRALS, FOOD, COUNSELING
- ❒ CC CHILD CARE COUN 510-758-5439
  PARENTING CLASSES & CHILD CARE REFERRALS
- ❒ MENTAL HEALTH CENTER/WCOUNTY 1-925-957-5126
  COUNSELING, TRANSLATING SERVICES
- ❒ RICHMOND HEALTH CENTER 510-231-1350
  HEALTH CARE NEEDS, PHYSICALS, SHOTS, ETC.
- ❒ REGIONAL OCCUPATION PROGRAM 925-942-3436
  VOCATIONAL TRAINING – 16 YEARS OLD +
- ❒ OAKLAND CHILDREN'S HOSPITAL 510-428-3000
  MEDICAL NEEDS HEALTH
- ❒ RED CROSS ..... (415) 427-8000
  CLASSES, EMERGENCY HOUSING IN DISASTER
- ❒ AIR QUALITY CONTROL 800-334-6367
  REPORTS OF FOUL AIR
- ❒ BROOKSIDE COMMUNITY HEALTH CENTER, SAN PABLO 510-215-9092
- ❒ BROOKSIDE COMMUNITY HEALTH CENTER, RICHMOND 510-215-5001
- ❒ RICHMOND HEALTH CENTER 877-905-4545
- ❒ NORTH RICHMOND CENTER FOR HEALTH 877-905-4545
- ❒ HEALTH ON WHEELS 925-313-6362
- ❒ HOUSE OF HOPE (ST. MARKS CHURCH) 510-234-5886

❒ I WILL BE CONTACTING THE ABOVE CHECKED SERVICES FOR INFORMATION.

❒ I AM NOT INTERESTED IN ANY OF THE ABOVE SERVICES.

_____ _____
CHILD'S NAME SCHOOL

_____ _____
SIGNATURE DATE

I HAVE GIVEN A COPY TO STUDENT'S PARENT/GUARDIAN: _____
DATE _____ Staff Initials

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

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

West Contra Costa Unified School District

_____ **HOME LANGUAGE SURVEY** _____ _____

Date School Room #

_____

Teacher

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by all students. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction. Please answer questions 1-4 to help us meet this important requirement. In addition, please assist us in the assessment of your child by answering questions A-C. Thank you for your help.

Name of Student:_____ _____ _____ _____

Last First Middle Grade Age Sex

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
2. What language does your son/daughter most frequently use at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your son/daughter? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home: _____

_____ _____

Signature of Parent or Guardian Home Phone Number

Please write student's date and country of birth. Date of Birth: _____ Country of Birth: _____

month/day/year

(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]**

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS BELOW TO ASSIST US IN THE ASSESSMENT OF YOUR CHILD:

A. Did your son or daughter attend school in another country? ____ ____ If yes, how long _____

yes no

B. Has he or she attended school in the United States? ____ ____ If yes, when? ____/____ Where? _____, ____ _____

yes no month / year city state school name

C. Has he or she attended school in WCCUSD schools before? ____ ____ If yes, when? _____ /_____

yes no month year

[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).

Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa

_____ **CUESTIONARIO DEL IDIOMA** _____ _____

Fecha 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).

GENERAL RELEASE

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

TO: Parents and Guardians
FROM: Principal's Office

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

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

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

2022-23 SCHOOL YEAR
Please fill out this form and return to your school

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

For School District publications and educational organizations connected to the district	____YES	____NO
By the news media, including newspapers, radio and television	____YES	____NO
On the district and/or school website	____YES	____NO

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

Student Name: _____

School: _____

Grade: PRESCHOOL Teacher: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Communications Office (510) 231-1132

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 2022-23
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

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2022-23 Preschool Student and Parent Information Form

1) STUDENT INFORMATION

School		Date of certification appt.	Enrollment Date		1st time enrollment ☐ 2nd time enrollment ☐
Student Last Name	First Name	Middle Name	Age	Grade	Gender : ☐ Male ☐ Female

Student Ethnicity (please check only one)

☐ American Indian ☐ Black/African American ☐ Filipino ☐ Hispanic/Latino ☐ White (Not Hispanic) ☐ Chinese ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Laotian
☐ Vietnamese ☐ Asian Indian ☐ Cambodian ☐ Other Asian ☐ Guamanian ☐ Hawaiian ☐ Samoan ☐ Tahitian ☐ Other Pac Islander

Street Address, City, State, Zip	Home Phone

Date of Birth (mm/dd/yy)	Place of Birth (City/State/Country)	Verification of Birth ☐ Birth Certificate ☐ Other: _____ Checked by: _____
Country of Citizenship	Primary Language	Any allergies (food/medicine) or Other medical limitations YES/NO. Please specify: ☐ ☐
Number in Family	Is family receiving foods stamps?	Is subject to Asthma attacks?

2) PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Please check one: ☐ Mother ☐ Father ☐ Other: _____	Last Name	First Name
	Home address:	
	Living with Student? ☐ No ☐ Yes	Language Spoken at Home
Highest Level of Education: ☐ Not High School Grad ☐ College Grad ☐ High School Grad ☐ Grad School ☐ Some College ☐ Decline to State	Home Phone	Cell Phone
	Email	D.O.B
	Parent Ethnicity	Employer

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

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

Name	Birth Date	Current School	Name	Birth Date	Current School

4) LICENSED CHILDREN'S INSTITUTION/FAMILY FOSTER HOME

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

5) COURT ORDER

Are there any court orders restricting the legal rights of either parent? **If you answered YES, please attach a copy of the court order to this registration form.**	■ No ☐ Yes

FOR OFFICE USE ONLY

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

DRISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA
NUEVO FORMULARIO DE MATRICULA 2022-23

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	

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Food Services Department
Barbara Jellison, Director
750 Bissell Avenue
Richmond, CA 94801
Phone (510) 307-4580 Fax (510) 233-1805

Food Allergies or Special Dietary Needs

Students in the West Contra Costa Unified School District with a medical need for special dietary restrictions will be served alternate meals or meal items if a medical statement statement these restrictions and signed by recognized medical authority has been submitted.

If your child needs a food substitute or texture modification because of a disability or allergy, please obtain a signed Medical Statement from the child's physician stating the child's food allergy or chronic disease or disability. **A form for this purpose is available from Food Services or from your school office.** The completed form must be turned in to the Food Service Department. The District Nutritionist will call you to discuss and clarify the issue.

A disabled/allergic child with a note from his/her doctor indicating the limitation is entitled to a special meal at no extra charge if the disability prevents the child from eating the regular school. For example, a child with and allergy to milk may be served a milk alternative instead, and a child allergic to peanuts may be served an alternative to meal items containing peanut products.

It is important to note that neither the school, the School District, nor Food Services assumes responsibility for allergic reactions caused by meals or food items eaten by a child at school, unless a Medical Statement for the child is on file with Food Services. We will make every effort to accommodate special dietary needs for a student with a Medical Statement on file. It is advised that the parent or guardian update the medical Statement on a yearly basis. **Please discuss your concern with Barbara Jellison at (510) 307-4581 or email to Bjellison@wccusd.net**

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.

WCCUSD Translation by ELS lo
Contact RAP Center if changes/additions are needed.

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School or Agency	2. Site Name	3. Site Phone Number
4. Name of Child or Participant		5. Age or Date of Birth
6. Name of Parent or Guardian		7. Phone Number

8. Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:

9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:

10. Indicate Food Texture for Above Child or Participant:

☐ **Regular** ☐ **Chopped** ☐ **Ground** ☐ **Pureed**

11. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:

Foods To Be Omitted	Suggested Substitutions

12. Adaptive Equipment to be Used:

13. Signature of State Licensed Healthcare Professional*	14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

***For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner.**

The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: 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; or email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

INSTRUCTIONS

1. **School or Agency:** Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.

2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served.

3. **Site Phone Number:** Print the phone number of site where meal will be served.

4. **Name of Child or Participant:** Print the name of the child or participant to whom the information pertains.

5. **Age of Child or Participant:** Print the age of the child or participant. For infants, please use date of birth.

6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the child or participant's medical statement.

7. **Phone Number:** Print the phone number of parent or guardian.

8. **Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child or participant's diet.

9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the state healthcare professional.

10. **Indicate Texture:** If the child or participant does not need any modification, check "Regular".

11. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk).
    Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).

12. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child or participant with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).

13. **Signature of State Licensed Healthcare Professional:** Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.

14. **Printed Name:** Print name of state licensed healthcare professional.

15. **Phone Number:** Phone number of state licensed healthcare professional.

16. **Date:** Date state licensed healthcare professional signed form.

Citations are from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, and ADA Amendment Act of 2008:

A person with a disability is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory; speech; organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito-urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

Major bodily functions have been added to major life activities and include the functions of the immune system; normal cell growth; and digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions.

"Has a record of such an impairment" means a person has, or has been classified (or misclassified) as having, a history of mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

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.

WCCUSD STATE PRESCHOOL

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

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

☐ My Child has the following medication allergies: _____

☐ My Child **does not have** any medication allergies

_____ **X**_____

Date | Parent or Authorized Representative Signature

Home Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____

ASTHMA Questionnaire

☐ My child **does not have** asthma

☐ My child has asthma and needs medication at school

*Please request an "Administration of Medication" for Asthma form in the preschool office.

☐ My Child has asthma, but **does not need** asthma medication at school

Parent signature: _____ Date: _____

EPI PEN – Food Allergies questionnaire

☐ My child **does not have** any food allergies

☐ My child has allergies and needs to have the EPI-PEN at school

*Please request a Administration of Prescribed Medication (EPI-PEN) form at the preschool office.

☐ My Child has food allergies, but **does not need** EPI pen at school

Parent signature: _____ Date: _____

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: _____

Send Form

WCCUSD Translation Revision by Educational Services jg/lo 5/31/12 – Contact RAP Center if changes/additions are needed.
db 1/14/15