



The Center

Early Childhood Programs
Lake County School District R-1

315 West 6th Street
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928
Fax 719 486-9992

Head Start, Colorado Preschool Program, Tuition-Based Preschool and School Age Programs, Services for Children with Special Needs

Estimados Padres,

Gracias por su interés en los Programas de Primera Infancia de The Center. Nuestro programa ofrece un programa de preescolar de preparación para la escuela y cuidado de niños de alta calidad de día extendido.

Lo siguiente se debe incluir con su solicitud para que pueda ser procesado.

- Acta de Nacimiento
- Registro de Inmunización del Niño – Debe estar al día en las vacunas
- Tarjeta de Seguro de Salud – Seguro Privado, Medicaid, o CHP+
Si no tiene seguro médico – Por favor recoger una solicitud con Mary en el Cuarto 9
- (Programa de Alimento de Adultos y Niños) CACFP Formulario de Elegibilidad
- Si usted desea ser considerado para un lugar de Head Start preescolar, debe incluir lo siguiente como prueba de elegibilidad:
 - * 1040 Formulario de Impuestos del 2015 o W-2 formulario del 2015 o
 - * Talones de cheque que representa un año de ingresos
 - * Declaración de Empleador de un año de ingreso o
 - * Documentación de TANF o premio de SSI o
 - * Documentación de estado de acogida.

Sí, no tienes una de estas formas de pruebas de ingreso en el archivo, su niño no se considerará para la matrícula de Head Start, sólo para los otros programas de preescolar. Por favor no deje los originales de estos artículos - estaremos encantados de hacer copias si es necesario.

Cuando ha completado y firmado esta solicitud, favor de traer los documentos justificativos requeridos para The Center. Evaluaremos su solicitud e informarle de los programas que usted es elegible, cuales programas tienen aberturas y trabajar para crear un horario que se ajuste a las necesidades de su familia. **Tenga en cuenta:** *Esta aplicación esta impreso en la parte delantera y trasera de la página.*

Completando esta solicitud no garantiza su niño un lugar en el programa.

Si, usted tiene cualquier pregunta, o si desea asistencia en completar esta solicitud, llame a Mary al 719-486-6928 o Jenny al 719-486-6925 para español.

| Fecha y hora recibida por: | Aplicación recibida por: | Cita de Examen de Desarrollo |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | | |

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Aplicación _____

Nuestro programa preescolar funciona del lunes al jueves de 9:30 – 1:30pm. Este programa enfatiza la preparación para la escuela e incluye desayuno y el almuerzo estilo familiar, actividades de grupo, clases formales, actividades dirigidas para el niño, tiempo al aire libre y muchas diversiones.

Algunas familias pueden calificar para el programa preescolar gratuitamente o en una base de bajo costo, basado en la información que usted proporciona en este paquete de solicitud.

Además, estamos abiertos de la 6:30am antes de preescolar y después de preescolar hasta 5:30pm. Durante las horas extras, ofrecemos cuidado de niños de alta calidad sobre una base de la matrícula.

Proporcione la información de programación más precisa posible para ayudarnos a proporcionarle los servicios apropiados.

1) ¿Te interesa solamente horas preescolares (actualmente de lunes a jueves de 9:30am a 1:30pm), o necesitas un día extendido de cuidado de niños?

Circular Uno -

Solo Preescolar

Día Extendido

No Se

Si, usted necesita un día extendido, por favor lista los días y horas que desea que su niño asista The Center.

2) ¿Quieres un lugar de cuidado de niños basado en la matrícula los viernes?

Circular Uno -

Sí

No

GRACIAS. Evaluaremos su petición y su solicitud. A continuación le dejaremos saber los programas que usted es elegible y también responda a sus necesidades.

Descripciones del Programa

Todos los niños reciben la misma calidad experiencia de preescolar en todos los programas de The Center.

Basado en sus necesidades, evaluaremos a su niño, para algunos o todos los programas abajo:

Head Start - Este programa financiado por el gobierno federal proporciona un programa preescolar regular (actualmente 9:30-1:30, del lunes al jueves) sin costo, según el calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, y **su niño debe ser 3 o 4 por el 1 de octubre de 2016**. Selección se basa en edad, ingreso y tamaño de la familia, así como las necesidades de niño y familia. **TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO EN LAS AREA DE AUTOBUS.**

Head Start Día Completo - Para las familias que califican para Head Start. 40 horas a la semana de preescolar que puede incluir los viernes, sin costo para las familias que están en la escuela o capacitación para el trabajo, o trabajan a tiempo completo. Para ser matriculado en Head Start día completo, no debe existir un padre en casa cuidando al niño. **TRANSPORTE DE LA MAÑANA PUEDE SER PROPORCIONADO EN LAS AREA DE AUTOBUS.**

Programa Preescolar de Colorado - Este programa es financiado por el estado y ofrece un programa preescolar regular (generalmente 9:15-12:00, de lunes a jueves) sin costo. Una matrícula especial puede estar disponible para extender el día de preescolar de su niño. CPP puede combinarse con Head Start o preescolar basado en la matrícula por un día más. **Los niños deben ser 3 o 4 por el 1 de octubre de 2016**. No hay requisitos de ingresos para este programa. Selección se basa en la edad y factores de riesgo educativos. **NO HAY TRANSPORTE.**

Preescolar Basado en la Enseñanza – para una matrícula mensual prepago, **niños que tienen al menos 3 años por el 1 de octubre de 2016**, pueden extender sus horas, antes y después de las horas de experiencia preescolar, para satisfacer las necesidades de su familia y el cuidado de niños. Una escala está disponible con tarifas reducidas para familias que califican para el Programa de Almuerzo Reducido o Gratis. El Preescolar Basado en la Matrícula se puede combinar con un lugar de Head Start de la mañana o el Programa Preescolar de Colorado. **NO HAY TRANSPORTE**

Servicios para Niños con Necesidades Especiales – Distrito Escolar del Condado Lake es el proveedor de servicios local para niños con discapacidad diagnosticada. Horas y servicios son determinados por el personal de LA Educación Especial y la familia del niño. Si, usted tiene preocupaciones sobre el desarrollo de su niño, por favor pida información acerca de Child Find.



**Programas de Primera Infancia de The Center
Escolar del Condado de Lake
Formulario de Solicitud de 2016-2017**



Revisado 2/3/16

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y proporcionar la información más precisa posible.

USO DE OFICINA SOLAMENTE
Fecha de Matricula _____ Fecha de entrada _____

Información del Niño(a)

| | | | | | |
|--|---------------------|----------------|---|---|-------|
| Apellido | | Primero Nombre | | Segundo Nombre | Apodo |
| Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | | | <input type="checkbox"/> Hombre | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Vive con (Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Pareja de la madre <input type="checkbox"/> Pareja del Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres de acogida <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | Si un padre no vive en el hogar del niño, ¿tenemos permiso para contactar con ellos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Hay una orden judicial que afecta a su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | En caso que sí, debe proporcionar una copia de detalles de orden- | | |

Cuestionario de Lengua / Raza / Etnia

| | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| Idioma primario hablado en el hogar: | <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |
| Idioma primario de cartas enviadas a casa: | <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |
| Origen étnico: Por favor, marque uno. | <input type="checkbox"/> Origen Hispano o Latino | | <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino | |
| Raza: Por favor marque uno o más. | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo Alaska | <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico o Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro : _____ | |

Información de la Madre / Tutor

| | | | | |
|--|------------------------|---|---------------------------------|--|
| Nombre | | Dirección de correo | | |
| Fecha de nacimiento | Dirección física | | | |
| Contacto durante el día preferido | Teléfono de casa | Celular o Mensaje | Dirección de correo electrónico | |
| Empleadores | Dirección de Empleador | Teléfono de empleador | | |
| ¿Vive la madre con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿La madre tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Información de empleo de la madre: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Capacitación para el trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Activamente Militares Desplegados | | | | |
| Información sobre Educación de la madre: <input type="checkbox"/> Menos de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad, profesional, AA/AS grado <input type="checkbox"/> Grado de bachiller o universitario avanzado | | | | |
| Metas educativas de la madre: <input type="checkbox"/> Clases de GED <input type="checkbox"/> Clases de Inglés <input type="checkbox"/> Clases de colegio <input type="checkbox"/> Clases para padres <input type="checkbox"/> Otros | | | | |
| ¿Fue la madre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Era la madre soltera en el momento del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |

Firma de Padres/Tutores

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|----------------------|-------|----------------------|-------|

Información de Padre / Tutor

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Nombre | | Dirección de correo | |
| Fecha de nacimiento | Dirección físico | | |
| Contacto durante el día preferido | Teléfono de casa | Celular o Mensaje | Dirección de correo electrónico |
| Empleadores | Dirección de empleador | Teléfono de empleador | |

| | |
|---|---|
| ¿Vive el padre con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿El padre tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

Información de empleo del padre: Tiempo completo Medio tiempo Temporada Desempleado Búsqueda de empleo Ama de casa Capacitación para el trabajo o escuela Discapacitado Jubilado Activamente Militares Desplegados

Información sobre Educación de la padre: Menos de escuela secundaria Diploma de escuela secundaria o GED Algo de Universidad, profesional, AA/AS grado Grado de bachiller o universitario avanzado

Metas educativas del padre: Clases de GED Clases de Inglés Clases de colegio Clases para padres Otros

¿Fue el padre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? Si No

¿Era el padre soltero en el momento del nacimiento de este niño? Si No

Otros Cuidadores Adultos in Casa: Tutor Padastro-Madastra Información de conviviente (marque uno)

¿Es esta persona relacionada con el niño solicitante por sangre o a través de un matrimonio o una adopción? Si No

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Nombre | | Fecha de nacimiento | |
| Contacto durante el día preferido | Teléfono de casa | Celular o Mensaje | Dirección de correo electrónico |
| Empleadores | Dirección de empleador | Teléfono de empleador | |

Información de empleo del cuidador: Tiempo completo Medio tiempo Temporada Desempleado Búsqueda de empleo Ama de casa Capacitación para el trabajo o escuela Discapacidad Jubilado Activamente Militares Desplegados

Lista de otros familiares no mencionados que viven en su hogar y para quien usted es responsable por el cuidado y bienestar.

| Nombre | Relación del niño | Fecha de nacimiento | Es relacionado esta persona a los padres del niño | ¿Es esta persona apoyada por los ingresos de los padres? |
|--------|-------------------|---------------------|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Número total de personas que viven en el hogar (incluyéndote a ti) para que proporcione apoyo financiero.

The Center respeta y protege la privacidad de su familia. La información que usted proporciona en este paquete de matrícula se utilizará para determinar su elegibilidad para programas y servicios y no será compartida sin su permiso. Entiendo que esta es una aplicación para los servicios que puede ser pagado con fondos del gobierno y que proporcionar intencionalmente información engañoso, inexacta o falso puede resultar en mi niño siendo terminado de la programa.

*** Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la matrícula en el programa ***

Firma de Padres/Tutores

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|----------------------|-------|----------------------|-------|

Consideraciones Especiales (Marque todas las que aplican a su hogar y añadir cualquier información adicional que le gustaría proporcionar).

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones del desarrollo | <input type="checkbox"/> Discurso / Preocupaciones de lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Abuso de estupefacientes | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia encarcelado |
| <input type="checkbox"/> Violencia familiar / abuso | <input type="checkbox"/> Familia en crisis |
| <input type="checkbox"/> Niño fuera de casa colocación | <input type="checkbox"/> Previamente en Head Start |
| <input type="checkbox"/> Referencia de agencia Nombre de agencia: _____ | <input type="checkbox"/> Otro- (Por favor describa): |

Cuestionario de Residencia del Niño

Este cuestionario se pretende dirigir a McKinney-Vento Homeless Education Assistance Improvements Act 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el niño puede ser elegible para recibir.

1. ¿Cuántas veces se han mudado su familia / niño en los últimos 3 años? _____

2. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? Si No

3. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de apuros económica o vivienda? Si No

Si usted contestó SI a las preguntas arriba, por favor, complete el resto de esta sección. Si contestó NO, usted puede saltarse la siguiente sección.

| | | |
|--|---|---|
| ¿Dónde vive el niño actualmente? (Marque una casilla) | <input type="checkbox"/> En un motel o hotel | <input type="checkbox"/> En un refugio de emergencia o de transición |
| | <input type="checkbox"/> En espera de colocación de cuidado de acogida | <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento |
| | <input type="checkbox"/> Abandonado en un hospital | <input type="checkbox"/> Mover de un lugar a otro |
| | <input type="checkbox"/> En un lugar no diseñado para alojamiento dormir ordinario, como un coche, parque, edificio abandonado o caravana | |

Reportes de Negligencia y Maltrato Infantil por Mandato

Esto es para informarle que todos los empleados de los Programas de Primera Infancia de The Center están obligados por Ley de Estado que informe todos los casos de presunto abuso de niño / o descuido al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Lake. Este agencia visitará The Center para evaluar las circunstancias y si abuso o negligencia es determinado, y si el niño se siente en peligro de más abuso o negligencia, el Departamento de Servicios Humanos llaman a las autoridades judiciales y solicitud de que tome al niño en custodia protectora, y le notificará de los pasos que debe seguir.

Iniciales de los Padres _____

Pago de Servicios de Cuidado de Niños

The Center servicios para cuidado de niños basado en la matrícula deben ser pagados por adelantado. El Programa de Head Start es financiado por el federal, y el Programa Preescolar de Colorado es financiada por el estado. Estos programas no cobran por sus servicios prestados para los niños inscritos. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos por la asistencia de mis hijos que no están cubiertos por la financiación de estos u otros programas, antes o después de sus horas de operación.

Iniciales de los Padres _____

Firmas de padres/Tutores

*** Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa ***

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|----------------------|-------|----------------------|-------|

Primaria Emergencia de Contacto y Persona Autorizado para Recoger al Niño – ¿En caso de enfermedad o emergencia, si no podemos contactar a los padres o tutores, quien es la próxima persona que debemos contactar?

| | |
|----------|----------------------|
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Nota- |

Personas Permitidas para Recoger al Niño o contactarse en caso de emergencia
(No ponga a los padres/tutores. Todas las personas mencionadas aquí deben ser mayores de 18 años)**2016-2017**

| | |
|----------|----------------------|
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |
| Nombre | Relación con el niño |
| Teléfono | Notas- |

Firmas de Padres/Tutores

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|----------------------|-------|----------------------|-------|

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre del Niño(a) | | Formulario de Matricula Página 5 | |
| Consentimiento de Examen de Salud | | 2016-2017 | |
| Entiendo que los siguientes exámenes de salud y reconocimientos son necesarios para la inscripción y participación de mi niño en los programas de primera infancia de The Center. Doy mi consentimiento a mi niño nombrado arriba para que reciba algunos o todos de los siguientes exámenes, observaciones, evaluaciones y seguimientos. Este consentimiento es válido para el año inmediatamente siguiente la fecha de su firma. Entiendo que un padre o tutor debe estar presente para los exámenes dental y físicos de Head Start. Los resultados de estos exámenes y evaluaciones serán disponibles a mí. Autorizo la publicación de información pertinente a cualquiera de estos exámenes, observaciones y evaluaciones a los proveedores de servicios considerados necesarios por Head Start, CPP, o Programas basados en Enseñanza. | | | |
| Requisitos de salud completado por los padres: <i>Se proporcionarán las formas necesarias.</i> <i>Asistencia para la citas está disponible a petición.</i> | Examen físico | | |
| | Examen dental - <i>requerido solamente para Head Start</i> | | |
| | Examen de Plomo de Sangre | | |
| | Vacunas | | |
| | Exámenes Social y Emocional de Edades y Etapas- <i>(documentos serán proporcionados por la escuela)</i> | | |
| Exámenes de salud completado en la escuela por el personal: | Exámenes del Desarrollo | | |
| | Examen de Audición | | |
| | Examen de la Visión | | |
| | Alturas y Pesos | | |
| Iniciales de los Padres _____ | | | |
| Autorización de Tratamiento Medico | | | |
| Autorizo a los miembros del personal de los programas de primera infancia de The Center para solicitar atención médica o quirúrgica para mi niño nombrado arriba y doy mi consentimiento para el cuidado o tratamiento en caso de emergencia. Los miembros del personal pueden utilizar su juicio para decidir una emergencia y podrá solicitar los servicios de nuestro médico nombrado en la información médica u otra forma si él o ella no están disponibles y llamar al hospital o una ambulancia. Entiendo que se intentó contactarme o los contactos de emergencia proporcionados a The Center, pero el contacto no es necesario para el consentimiento arriba para ser en efecto. Una copia de este formulario de autorización de tratamiento médico, será presentada y se considerarán válidas como el original. Esta autorización estará vigente hasta retirado y escrito por las personas que firman. Acepto la responsabilidad por gastos incurridos, que no son responsabilidad de los Programas de Primera Infancia de The Center o de sus empleados. | | | |
| Iniciales de los Padres _____ | | | |
| Publicación de Información | | | |
| Doy permiso para los Programas de Primera Infancia de The Center para intercambio de información con los siguientes socios de la comunidad con el propósito de proporcionar los mejores servicios para mi niño y mi familia. Esta autorización continuará en fuerza hasta revocado y escrito por mí y una copia o fax ejercerán en su lugar. Esto incluye el permiso para copiar, publicar o discutir información con el fin de facilitar la comunicación interinstitucional en la prestación de servicios para mí y mi familia. | | | |
| Iniciales de los Padres _____ | | | |
| • Distrito Escolar del Condado de Lake | • Programa de Alfabetización Familiar | • Departamento de Servicios Humanos del Condado Lake | • Coordinador y Proveedor de Servicios de Discapacidad |
| • Agencia de Salud Publico del Condado de Lake | • Programa de Nutrición de WIC | • Proveedores de atención médica y dental de mi niño | • SolVista de Salud |
| Publicación de Foto y Video | | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Autorizo a los Programas de Primera Infancia de The Center para fotografiar o permiso de fotografías tomadas para el rodaje de video de mi niño nombrado arriba. Las fotos o vídeos pueden ser publicados en The Center, publicados en el boletín, en sitio web o páginas de redes sociales, medias de comunicación o utilizadas en materiales de promoción para estos programas. | | |
| Permiso de Transporte | | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Yo doy permiso para mi niño nombrado arriba, ser transportado hacia los Programas de Primera Infancia y transportarse a casa o a una ubicación alternativa nombrado por mí. Si, es necesario, esto incluye salud o visitas al dentista. Yo doy permiso para mi niño nombrado arriba a caminar o transportarse a las actividades, programas o salidas de campo como parte de la participación en los Programas de Primera Infancia de The Center. | | |
| Firma de Padre/Tutor | | | |
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |

Nombre del Niño(a)

Fecha de Nacimiento

Formulario de Matricula

Página 6

Información Médica y Dental

2016-2017

Información de Cobertura y Proveedor de Salud

¿Tiene usted un proveedor médico primaria que proporciona la atención regular de salud de su niño? Si No

Nombre del Proveedor _____ Dirección _____ Telefono _____

¿Tienes cobertura médica o seguro? Si (favor de traer la tarjeta para hacer una copia) No

De qué tipo Medicaid ID# _____

CHP+ ID# _____

Seguro Privado Nombre de Empresa y Numero de Póliza# _____

¿Su seguro incluye cobertura dental? Si No

Si "No", pedir por favor una solicitud para Medicaid y CHP +. Asistencia está disponible para completar esta forma.

¿Su niño ha sido visto por un dentista? Si No

¿Cuándo fue la última cita de su niño con el dentista? _____

Por favor indique al dentista recomendado: para el cuidado dental de su niño:

Nombre del Dentista _____ Dirección _____ Telefono _____

Antecedentes y preocupaciones especiales

¿Esta su niño viendo a un especialista médico por cualquier razón? Si No

por favor explique: _____

Nombre del Especialista _____ Dirección _____ Telefono _____

¿Ha tenido su niño una lesión grave, accidente, ha sido hospitalizado o tenido cirugía? Si No

por favor explique: _____

¿Es su niño tratado por una condición de salud mental, médica o incapacitante? Si No

por favor explique: _____

¿Su niño está tomando actualmente algún medicamento o es necesario cualquier procedimiento médico? Si No

Que tipo? _____

¿Este medicamento o procedimiento médico se dará en la escuela? Si No

(Nota: autorización escrito del médico es necesario antes de cualquier medicación/o procedimiento se puede dar en la escuela.)

¿Hay problemas de salud o condiciones que afectan a su niño en la escuela o limitan las actividades? Si No

por favor explique: _____

Vacunas

¿Su niño está al día en sus vacunas? Si No

(Nota: una copia de los registros de vacunas de su niño o una declaración firmada de exención debe estar en el archivo de su niño antes del primer día de la escuela.)

(Nota: las políticas del Estado de Colorado requieren que todos los niños estén al día en las vacunas dentro de 14 días de la escuela)

Discapacidad

¿Su niño tiene una discapacidad diagnosticada? Si No

En caso que si, ¿qué es la discapacidad? _____

¿Su niño esta en un Plan de Educación Individual (IEP)? Si No

En caso que si, ¿para qué es el IEP? _____

¿Tienes otras preocupaciones sobre otros niños de su familia que tenga retrasos y discapacidades? Si No

¿Te gustaría que The Center te refieran al programa de intervención temprana Child Find para ayudar con sus inquietudes?

Si No

Iniciales de los Padres

Antecedentes médicos y problemas de salud del niño**2016-2017****Su niño ahora sufre o sufrieron en el pasado de:****(Por favor marque todas las que aplican.)**

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma ¿Su niño requiere un inhalador o nebulizador en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles son los desencadenantes del asma? | <input type="checkbox"/> Problemas visuales (Dificultad para ver, dolores de cabeza, lleva gafas) | <input type="checkbox"/> Problemas de audición (audífonos, dificultad auditiva, frecuentes dolores de oído, tubos en los oídos) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel (Eczema, urticaria, etc.) | <input type="checkbox"/> Hueso, lesiones de articulaciones o muscular o enfermedad de los huesos | <input type="checkbox"/> Problemas del habla (Difícil entender, hablo tarde) |
| <input type="checkbox"/> Neumonía/RSV | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Anemia o Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Gastro Esophageal Reflujo(GER) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Fiebre frecuente | <input type="checkbox"/> Problema de los seno |
| <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos | <input type="checkbox"/> Envenenamiento del plomo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de estómago, indigestión, o vómitos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento, frecuente diarrea, o urinario doloroso | <input type="checkbox"/> Marearse |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Problemas para masticar o tragar | <input type="checkbox"/> Humo de segunda mano |
| <input type="checkbox"/> Usa pañales o pull ups | <input type="checkbox"/> Otro: | |
| ¿Se ha alguna vez desmayado su niño durante el esfuerzo físico extremo? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte repentina, inexplicada antes de los 50 años? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Por favor explique las preocupaciones de la lista arriba:

Alergias

| | |
|---|---|
| Medicamentos de alergias | <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Cephalosporins <input type="checkbox"/> otro |
| Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros". | |
| Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> pescado <input type="checkbox"/> leche/productos lácteos <input type="checkbox"/> nueces <input type="checkbox"/> semillas <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> mariscos <input type="checkbox"/> otro |
| Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros". | |
| Alergias ambientales | <input type="checkbox"/> picaduras de abeja <input type="checkbox"/> picaduras de insectos <input type="checkbox"/> alergias estacionales <input type="checkbox"/> animales / pelo de animal <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> látex <input type="checkbox"/> otro |
| Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros". | |
| ¿Su niño necesita algún medicamento, como un Epi Pen, para manejar sus alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Nota: autorización escrito por el médico es necesario antes de cualquier medicación / o procedimiento se puede dar en la escuela.) | |
| Dietas especiales | |
| ¿Su niño está en una dieta especial? (Diabéticos, vegetarianos, médica, religiosa, personal) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Nota: una declaración de dieta especial firmada por una autoridad médica, incluyendo sus recomendaciones, es necesaria para sustituir cualquier comida que se sirve en The Center.) |

Iniciales de los Padres _____ Fecha de Finalización _____

Desarrollo del Niño**2016-2017****Su Niño:****Marque uno****Por favor explique:****Ir al Baño**

¿Siempre usar el baño por su cuenta?

 Si No

¿Necesita ayuda para ir al baño?

 Si No

¿Tener accidentes de ir al baño?

 Si No**Cuidado del Uno Mismo**

¿Lavar y secar las manos?

 Si No

¿Vestido de sí mismo con poco de ayuda?

 Si No

¿Saber su nombre y apellido?

 Si No**Emociones y Autoestima**

¿Mostrar agresividad, incapacidad para llevarse bien con otros?

 Si No

¿ Tiene cambios de humor repentinos o de humor inexplicables?

 Si No

¿Acta retirado / tímido y temeroso?

 Si No

¿Separar fácilmente de los padres?

 Si No

¿Tiene experiencia jugando con otros niños?

 Si No

¿Tiene cambios familiares o problemas, que pueden afectar a él o ella?

 Si No**Hábitos de sueño**

¿Tiene alguna dificultad para dormir?

 Si No

¿Tiene problemas de disciplina antes de acostarse?

 Si No

¿Tomar una siesta?

 Si No

¿Cuándo es la hora de dormir de su niño?

¿Cuántas horas a la noche duerme su niño?

Desarrollo

¿Hizo su niño cualquiera de estas cosas más tarde de lo esperado, provocando preocupaciones sobre su desarrollo?

 Sentarse Caminar Hablar Responder a las direcciones**Intereses del niño**

¿Lo que es bueno en su niño?

¿Lo que gusta al niño cuando él o ella juega?

¿Tu niño...?

¿Mostrar interés en el uso de nuevas palabras?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Mostrar un interés en los libros?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Escuchar y seguir direcciones?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Mostrar interés en recuento, clasificación y números?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Llevarse / solucionar problema con otros niños?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Mostrar interés en cortar, colorear, dibujar y escribir?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Completar las tareas que él o ella comienza?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

¿Mostrar interés en alimentos nutritivos y probar nuevos alimentos?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca

Forma cariño para adultos nuevo?

 Siempre A menudo De vez en cuando Nunca**Iniciales de los Padres** _____ **Fecha de Finalización** _____

Fortalezas familiares**2016-2017**

| | | |
|--|---|--|
| ¿Cuántas veces le lees a tu niño? | <input type="checkbox"/> Cada día <input type="checkbox"/> Una vez una semana <input type="checkbox"/> Una vez un mes <input type="checkbox"/> Muy raramente | |
| ¿Eres consciente de los recursos comunitarios para ayudar a ser su familia aún más fuerte (como la biblioteca pública, salud pública, programas de recreación o asistencia pública)? | <input type="checkbox"/> Nuestra familia conoce y aprovecha los recursos de la comunidad. Utilizamos: <input type="checkbox"/> Nuestra familia sabe acerca de los recursos y a veces se conecta a ellos cuando sea necesario. <input type="checkbox"/> Nuestra familia no se conecta a los recursos de la comunidad. <input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre: | |
| ¿Cómo es su relación con la escuela de su niño? | <input type="checkbox"/> Participamos activamente. Sabemos cómo abogar por las necesidades de nuestro niño. Tenemos interacciones regulares con el personal de la escuela. Atendemos eventos y reuniones. <input type="checkbox"/> Participamos en conferencias y visitas domiciliarias según sea necesario. A veces llegamos a eventos. Nos contactamos con el personal cuando hay un problema. <input type="checkbox"/> Contamos con mínima interacción con la escuela, más allá de la inscripción y asistencia. El personal nos llama si hay un problema. <input type="checkbox"/> Tenemos ningún interés en el desarrollo educativo de nuestros niños y no tenemos interacciones con su escuela. | |
| ¿Cómo se siente acerca de sus habilidades de crianza de los niños? | | |
| Mi familia tiene interacciones cálidas, muestra afecto uno al otro y goza de estar juntos. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre más cordialidad y menos estrés en las interacciones familiares. |
| Mi familia utiliza técnicas de disciplina consistente, adecuada y efectiva. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre técnicas de disciplina adecuada y efectiva |
| Mi familia tiene rutinas consistentes para que todos saben lo que puede esperar y transiciones son fáciles. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Deseo más información sobre el uso de rutinas para facilitar las transiciones. |
| Tengo conocimiento sobre desarrollo infantil y estoy seguro que mi niño está creciendo y aprendiendo en rastro. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre el desarrollo infantil. |
| Yo controlo el "tiempo de pantalla" de mi niño y sabo que está viendo solamente los materiales apropiados para su edad y habilidad del nivel. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre los medios apropiados para edad de los niños de preescolar. |
| Mi familia practica hábitos de buena nutrición, y tenemos comida suficiente. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre comidas saludables y hábitos alimentarios. |
| Mi familia tiene cobertura de salud y un cuidado regular de la salud y proveedor de cuidado dental. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre la solicitud de cobertura de salud o con mi cobertura actual. |
| Yo proporciono un hogar seguro, regular y cómodo para mi familia. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre cómo realizar mi casa incluso más seguro. |
| Ambos padres de mi niño están conectados a él/ella y apoyan su educación. | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre el papel de un padre en el desarrollo infantil y educación. |
| ¿Sientes que tu niño tiene las habilidades para tener éxito en la escuela? (Ejemplos: amor por el aprendizaje, siguiendo las rutinas, interactuando con adultos y otros niños, determinados conceptos como colores, letras, números, formas) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Como llegar <input type="checkbox"/> Todavía no Quisiera que mi niño trabaje en: | |

Iniciales de los Padres _____ **Fecha de Finalización** _____



Programa de Alimentación (CACFP)
FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS (2015-2016)

Parte 1- Niños inscritos en la Guardería

Anote los nombres y las edades de los niños inscritos en la guardería. Indique la identidad racial y étnica de cada niño. Si usted deja de leer esta información, un representante del centro tendrá que completar la información mediante una identificación visual. Esta información es usada estrictamente para reportes estadísticos, y no afecta la elegibilidad de participación en el programa. Nota: A= Asiático; IAWA= Indio Americano o Nativo de Alaska; NIAA= Negro o Afro Americano; HWP= Hawaiano o de las Islas del Pacífico; B= Blanco

| Apellido | Nombre | Edad | Identificación Étnica (seleccione una) y Identificación Racial (seleccione una o más de una si se aplica) |
|----------|--------|------|--|
| | | | Étnica: <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No Hispánico o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AINA <input type="checkbox"/> NIAA <input type="checkbox"/> H/P <input type="checkbox"/> B |
| | | | Étnica: <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No Hispánico o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AINA <input type="checkbox"/> NIAA <input type="checkbox"/> H/P <input type="checkbox"/> B |
| | | | Étnica: <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> No Hispánico o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AINA <input type="checkbox"/> NIAA <input type="checkbox"/> H/P <input type="checkbox"/> B |

Otras Fuentes de Elegibilidad Categórica son categorías que establecen la elegibilidad de los niños para beneficios gratuitos. La institución deberá obtener la documentación que verifique la elegibilidad del niño. Si alguna de las condiciones a continuación se aplica a uno o más de los niños listados arriba, por favor marque una de las siguientes casillas:

- Uno o más de los niños listados arriba es hijo de crianza y es responsabilidad del Estado o fue colocado por la corte con los padres de crianza. La institución deberá obtener la documentación de la agencia de colocación para verificar que el niño es hijo de crianza.
- Si alguno de los niños o la madre embarazada listado arriba está inscrito en el programa de Early Head Start/Head Start/ or Even Start el niño, o la madre embarazada califican automáticamente para recibir alimentos por medio de CACFP al nivel de reembolso gratis, y no necesitan completar la forma de elegibilidad de ingresos. Sin embargo, la institución deberá mantener uno de los siguientes documentos de la oficina de Head Start or Even Start en sus archivos, que muestren la elegibilidad del niño, o de la madre embarazada: 1) Una copia de la aplicación aprobada por Head Start or Even Start; 2) Un documento de inscripción del programa de Head Start; o 3) La lista oficial del programa de Early Head Start o Head Start, que incluye el nombre del niño o de la madre embarazada; 4) Para Even Start, la confirmación del oficial de Even Start de que el niño todavía no ha entrado en Kindergarten.
- Si uno o más de los niños listados arriba es un niño sin hogar, o un niño migrante o fugitivo; la institución debe obtener documentación que verifique la condición del niño por parte del director del refugio para desamparados, del Coordinador del Programa de Educación al Migrante, o de un funcionario del Programa de Jóvenes Fugitivos or Sin Hogar.

Si selecciona una de las casillas arriba, no necesita completar el resto de la aplicación.

Parte 2- Programas de Asistencia: ¿Recibe alguna de las personas en su hogar los beneficios de uno de los programas listados a continuación?

Si no, CONTINUE EN LA PARTE 3. Si alguna persona en su hogar participa en alguno de los programas, por favor indique cuál de los programas y escriba el número de caso (sólo se le requiere reportar el número de uno de los programas) y CONTINUE EN LA PARTE 5

- Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Cupones Para Alimentos Número de Caso: _____
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Número de Caso: _____
- Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDIR) Número de Caso: _____

(No se acepte el número de la tarjeta Quest o el número de Seguro Social.)

Parte 3- Reporte de Ingresos: Anote los nombres de todas las personas que viven en el hogar, quienes no están incluidos en la Parte 1. Anote los ingresos que recibió cada miembro de la familia en el mes anterior a la fecha de esta solicitud. Indique si el ingreso es semanal (S), mensual (M), o anual (A).

Ingreso Bruto/Salario/Jornales

- "Ingreso" se refiere al ingreso bruto o ingreso en efectivo antes de las deducciones.
- Inversiones monetarias por servicios prestados, incluyendo jornales, salarios, beneficios de huelga, comisiones o honorarios, y por dividendos o intereses en cuentas de ahorro, de inversiones, de fideicomisos, o ingresos de otras cuentas.
- Ingreso neto por trabajo independiente o agrícola.
- Pagos de la Seguridad Social, asistencia o bienestar público (ejemplo: TANF, Asistencia General o Ayuda General), pensión por divorcio, pagos para el mantenimiento de los hijos, pensión de desempleo.
- Pensiones privadas, rentas anuales, beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad, beneficios de veteranos, dividendos o intereses en bonos de ahorro, ingresos por rentas o fideicomisos, regalías o derechos por renta.
- Asistencia económica al estudiante (subsidios o becas) no usados en los gastos educativos.
- Contribuciones o ayudas regulares de personas que no viven en el hogar, o cualquier otro dinero disponible para pagar por la alimentación del niño(s).

Si el ingreso es negativo, escriba "0".

| Apellido | Nombre | Ingreso Neto/ Salarios / Sueldos | Otros Ingresos | Totales Para Uso Exclusivo del Centro |
|---|--------|-------------------------------------|-------------------|---|
| | | \$ S M A | \$ S M A | \$ S M A |
| | | \$ S M A | \$ S M A | \$ S M A |
| | | \$ S M A | \$ S M A | \$ S M A |
| | | \$ S M A | \$ S M A | \$ S M A |
| Total de Personas que Viven en el Hogar _____ | | | Ingreso Total: \$ | S M A |

Nota: Si fuera necesario convertir algunos de los ingresos a un ingreso anual, multiplique el ingreso semanal por 52, el ingreso de dos veces por semana por 26, y el ingreso mensual por 12.

Parte 4- Número de Seguro Social: Si el adulto miembro del hogar que llena esta solicitud no proporciona un número de TANF, SNAP o de FDIR en la Parte 2 de esta solicitud, la persona que completa la solicitud deberá proporcionar los 4 últimos números dígitos de su Seguro Social (NSS).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Si el adulto miembro del hogar que está llenando y firmando esta solicitud no tiene un número de Seguro Social, marque esta casilla.

Parte 5 Firma: Yo, certifico que la información en esta solicitud es correcta y auténtica. Entiendo que esta información está condicionada al recibo de fondos Federales, que las autoridades del centro podrían verificar la información y que, cualquier información deliberadamente falsificada podría conducir a juicio, en conformidad con las leyes Federales y Estatales. **Nota:** Si alguno de los niños listados en esta solicitud es un niño de acogida, esta solicitud puede ser firmada por un oficial de la corte u otra agencia encargada del bienestar del niño.

Firma del Adulto Miembro del Hogar _____ Fecha _____

Domicilio _____

Escriba su Nombre en Letra Imprenta _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

Income Category (check one): Free Reduced Paid (ineligible for Free or Reduced priced meals)

This form expires 12 months after the month in which the Sponsor makes the determination. Example: If the determination date is July 2015, the form is valid from July 1, 2015 through July 31, 2016. The center may use the date the parent/guardian signs the income eligibility form, or the date on the Sponsor's official makes the determination, and signs and dates the income eligibility form. The same approval method selected must be used for all forms approved by the Sponsor.

Signature of Center's Eligibility Official _____

Determination Date: _____

Month _____ Year _____

El Departamento de Agricultura de EE.UU. y el USDA discriminan contra los estudiantes y beneficiarios de los Programas de Menús Escolares en las bases de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad y sexo. Para presentar una queja de discriminación, llame al Formulario de USDA de queja por discriminación, que se encuentra en la internet en <http://www.usda.gov/oc/officeofcivilrights.html>, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (800) 832-5062 para solicitar el formulario. También puede recibir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-0418, por fax (202) 690-7442 o al correo electrónico usdacr@usda.gov. Las personas con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339, o (800) 845-8135 (español). USDA es un proveedor y empleador con oportunidades iguales para todos.





Estimado Padre o Tutor:

¡Felicidades! La guardería que usted ha escogido para el cuidado de su niño(a), participe en el "Child and Adult Care Food Program (CACFP)" (Programa del Cuidado a la Alimentación para Niños y Adultos, según sus siglas en inglés). La participación en el CACFP le asegura a usted que la guardería se preocupa por la buena nutrición de los niños a su cuidado. Por lo tanto, mientras su niño(a) esté al cuidado, la guardería le ofrecerá y servirá a su niño(a) comidas que ofrezcan una variedad de alimentos nutritivos que ayuden a cubrir sus necesidades nutricionales. La guardería que cuida a su niño(a) no podrá cobrarle una cantidad adicional por los alimentos, ni pedirle que usted lleve los alimentos que su niño(a) reciba en las comidas que sean reclamadas por reembolso en CACFP, excepto en algunos casos especiales. Dependiendo de las horas en que su niño se encuentre al cuidado, la guardería le servirá las siguientes comidas, desayuno, merienda de media mañana, almuerzo, merienda de la tarde, cena, y/o merienda nocturna.

Por favor llame, firme y regístrele la Forma de Elegibilidad de Ingresos a la guardería tan pronto como le sea posible. Esta información es necesaria para que la guardería pueda recibir los reembolsos del Programa de Alimentación de Niños y Adultos del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, por los alimentos que se le han sido servidos a su(s) niño(s). El Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado garantiza que esta forma es confidencial y que la información que usted dé a la guardería no será usada en ninguna otra parte.

Si ninguna persona en su hogar recibe los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Cupones para Alimentos o del Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDIR), haga el favor de anotar los ingresos totales de su hogar en el mes anterior a la fecha de esta solicitud. La Secretaría de Agricultura de E.U.A. (U.S. Department of Agriculture), que da el dinero para este programa, define que un hogar se compone de un grupo de personas, familiares o no, (no residentes de una institución o dormitorio) que viven como una unidad económica y que comparten la casa, los ingresos y los gastos importantes.

Si ninguna persona en su hogar recibe los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como El Programa de Cupones para Alimentos o del Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDIR), de acuerdo al National School Lunch Act (La Ley del Programa Nacional del Almuerzo Escolar) usted deberá proporcionar los cuatro últimos números/dígitos de su Seguro Social. El divulgar el Seguro Social es voluntario, sin embargo, el divulgar los cuatro últimos números/dígitos del Seguro Social o la indicación de que el adulto miembro del hogar que completa y firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social es un requisito para la aprobación del formulario.

Si alguno de los niños que viven en el hogar son beneficiarios de los programas de Otras Fuentes de Elegibilidad Categórica (hijo de crianza, Head Start/Early Head Start, or Even Start migrante, sin hogar o fugitivo), los niños son elegibles para recibir comidas gratis y no hay necesidad de llenar una solicitud, simplemente marque la casilla al lado del programa que se aplica. La institución que recibe el formulario deberá verificar la participación del niño en el programa mediante la solicitud de la documentación en la oficina de colocación si el niño es un hijo de crianza; del oficial de Even Start or Head Start si el niño o la madre embarazada son participantes de Even Start, Head Start/Early Head Start; o de los funcionarios del refugio para desamparados, del Coordinador del Programa de Educación al Migrante, o de un funcionario del Program de Jóvenes Fugitivos al Sin Hogar. Para Even Start, la confirmación del oficial de Even Start que el niño todavía no ha entrado en Kindergarten.

Si cualquiera persona que viven en su hogar recibe los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como El Programa de Cupones para Alimentos o de la Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIR), o si el niño o beneficiario de uno de los programas de Otras Fuentes de Elegibilidad Categórica no se le requiere reportar los ingresos en la Parte #3 y no se le requiere reportar el Número de Seguro Social (NSS) en la Parte #4.

TABLA DE INGRESOS FAMILIARES

Si el ingreso de su hogar es menor o igual a los cantidades señaladas para el tamaño del hogar y que se muestran en la tabla a continuación, la guardería recibirá más dinero como reembolso del CACFP, lo cual ayudará a que sus niños reciban los mejores alimentos posibles mientras asisten a la guardería.

| Tamaño de la Familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Por cada miembro adicional de la familia: |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Anual | 21,775 | 29,471 | 37,167 | 44,863 | 52,559 | 60,255 | 67,951 | 75,647 | + 7696 |
| Mensual | 1,815 | 2,456 | 3,096 | 3,736 | 4,380 | 5,022 | 5,663 | 6,304 | + 642 |
| Semanal | 419 | 567 | 715 | 863 | 1,011 | 1,159 | 1,307 | 1,455 | +148 |

This chart is not to be used for determining eligibility by center staff, but is a guide for families completing the form.





2015-2016
Child and Adult Care Food Program

| ALIMENTOS REQUERIDOS EN EL CACFP | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------|--------------------------|----------------------|
| | | Edad 1 - 2 | Edad 3 - 5 | Edad 6 - 12 |
| DESAYUNO | Lleche Líquida | 1/2 taza | 1/2 taza | 1 taza |
| | Jugo o Fruta o Vegetal | 1/4 taza | 1/4 taza | 1/2 taza |
| | Pan o Sustituto de Pan | 1/2 rebanada | 1/2 rebanada | 1 rebanada |
| MERIENDA | Lleche Líquida | 1/4 taza | 1/4 taza | 1 taza |
| | Jugo o Fruta o Vegetal | 1/4 taza | 1/4 taza | 1/2 taza |
| | Pan o Sustituto de Pan Carne o Sustituto de Carne | 1/2 rebanada 1 onza | 1/2 rebanada 1/2 onza | 1 rebanada 1 onza |
| ALMUERZO/ CENA | Lleche Líquida | 1/2 taza | 1/2 taza | 1 taza |
| | Frutas y/o Vegetales | 1/2 taza | 1/2 taza | 1/2 taza |
| | Pan o Sustituto de Pan | 1 rebanada | 1 rebanada | 1 rebanada |
| | Carne, Pavo, o Pescado | 1 onza | 1 1/2 onzas | 2 onzas |
| | Queso | 1 onza | 1 1/2 onzas | 2 onzas |
| | Huevo | 1/2 | 1/2 | 1 |
| | Frijoles o Chicharrón cocidos | 1/4 taza | 1/4 taza | 1/4 taza |
| | Manteca de Cacahuete | 2 Cúps | 3 Cúps | 4 Cúps |
| | Yogurt, sin sabor o con sabor (Puede servirse también en las mezclas) | 4 onzas | 6 onzas | 8 onzas |

| EJEMPLOS DE MENÚ | |
|---|--|
| DESAYUNO | <ul style="list-style-type: none"> • Avena • Muesli con leche con pasas • Leche |
| MERIENDA (Sirve 2 de los 4 componentes) | <ul style="list-style-type: none"> • Pretos (pañeta asada) con leche • Trocitos de zanahoria y aplo con aderezo • Agua |
| ALMUERZO / CENA | <ul style="list-style-type: none"> • Tortilla, enrollado de pan y queso • Naranja en rebanadas • Patatas de tomate • Leche |

Por favor comuníquese con el patrocinador de su guardería, si usted tiene alguna pregunta acerca del CACFP.

Nombre del Patrocinador de CACFP: _____
Número de Teléfono: _____

Si la guardería no participa bajo un patrocinador, usted puede comunicarse con el:
Child and Adult Care Food Program
Colorado Department of Public Health and Environment
(303) 862-3338

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación contra los solicitantes y beneficiarios de los Programas de Nutrición Infantil en las bases de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad y sexo. Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de USDA de queja por discriminación, que se encuentra en la Internet en http://www.ers.usda.gov/programs/child_adult_care/, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (800) 632-9912 para solicitar el formulario. También puede recibir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20258-0410, por fax (202) 690-7442 o al correo electrónico ocr@aphis.usda.gov. Las personas con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador con oportunidades iguales para todos.

