



# The Center

## Early Childhood Programs

### Lake County School District R-1

315 West 6<sup>th</sup> Street  
Leadville, CO 80461  
719-486-6928  
719-486-9992 Fax

Queridos Padres,

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

**Los siguientes elementos deben incluirse con la solicitud para que se procese.**

- Certificado de Nacimiento del niño(a)
- Tarjeta de seguro médico: seguro privado, Medicaid o CHP +
- Si, desea ser considerado para un lugar de preescolar HEAD START, debe incluir uno de los siguientes como evidencia de elegibilidad. Estos documentos deben incluirse para cualquier adulto que tenga ingresos.
  - 1040 Formulario de Impuestos de 2020 o formularios W-2 de 2020
  - Talones de cheques que representan un año de ingresos
  - Declaración del empleador por un año de ingresos o
  - Documentación del estado de Cuidado de Crianza

**Debe tener uno de estos formularios de ingresos para ser considerado para Head Start.**

The Center hará copias de los documentos originales. Por favor, no deje documentos originales.

Una vez que haya completado esta solicitud, tráigala junto con los documentos requeridos a The Center. También podemos recibir solicitudes completas por fax, correo electrónico y correo. Evaluaremos sus solicitudes y le informaremos para qué programas califica, qué programas tienen vacantes y trabajaremos para crear un horario que se ajuste a las necesidades de su familia.

**LA FINALIZACIÓN DE LA SOLICITUD NO GARANTIZA A SU NINO(A) UN LUGAR EN EL PROGRAMA.**

Si, tiene alguna pregunta, o si desea ayuda para completar esta solicitud, llame a Lisa al 719-486-6928 o Jenny al 719-486-6920 para español.

Fecha en que la oficina recibió la solicitud:	Persona que recibe la solicitud:
---	----------------------------------

Nombre de Nino(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

### **Descripciones del programa**

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

Según sus necesidades, evaluaremos a su niño(a) para algunos o todos los programas a continuación:

**Early Head Start** - este programa financiado con fondos federales brinda servicios de visitas domiciliarias sin costo para mujeres embarazadas y bebés y niños pequeños desde el nacimiento hasta los 3 años. Las familias participarán en visitas domiciliarias semanales y se unirán a actividades grupales mensuales. La facilitadora se centra en la atención prenatal, los hitos del desarrollo, el lenguaje y el crecimiento.

**Head Start** - este programa financiado por el gobierno federal ofrece un preescolar gratuito diario de matrícula, de acuerdo con el calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, y **su niño(a) debe tener 3 o 4 años para el 1 de octubre de 2021**. La selección se basa en la edad, los ingresos y el tamaño de la familia, así como en las necesidades del niño(a) y la familia.  
**SE PUEDE PROPORCIONAR TRANSPORTE A AQUELLOS DENTRO DEL ÁREA DE AUTOBUSES.**

**Head Start de día completo** - para familias que califican para Head Start. 40 horas semanales de matrícula gratis de preescolar para familias que están en la escuela o en capacitación laboral, o trabajan a tiempo completo. Para inscribirse en Head Start de día completo, no debe haber ningún padre en casa disponible para cuidar al niño(a).  
**SE PUEDE PROPORCIONAR TRANSPORTE A AQUELLOS DENTRO DEL ÁREA DE AUTOBUSES.**

**Programa preescolar de Colorado** - este programa está financiado por el estado y proporciona 10 horas de un preescolar gratuito con matrícula regular. Es posible que haya tarifas de matrícula especiales disponibles para extender el día preescolar de su niño(a). CPP se puede combinar con Head Start, fondos de educación especial o preescolar con matrícula durante un día más largo. **Los niños deben tener 3 o 4 años para el 1 de octubre de 2021**. No hay requisitos de ingresos para este programa. La selección se basa en la edad y los factores de riesgo educativos.  
**NO SE PROPORCIONA TRANSPORTE.**

**Preescolar con matrícula** - por una matrícula mensual prepaga, **los niños que tengan al menos 3 años para el 1 de octubre de 2021** pueden asistir a un horario preescolar diario regular y / o extender sus horas para satisfacer las necesidades de cuidado infantil de su familia. Hay una escala disponible con tarifas reducidas para las familias que califican para el Programa de almuerzo gratis o reducido. El preescolar con matrícula se puede combinar con Head Start, servicios de educación especial o el programa preescolar de Colorado.  
**NO SE PROPORCIONA TRANSPORTE.**

**Servicios para niños con necesidades especiales** - El Distrito Escolar del Condado de Lake es el proveedor de servicios local para niños con discapacidades diagnosticadas. Las horas y los servicios son determinados por el personal de educación especial y la familia del niño(a). Si, tiene inquietudes sobre el desarrollo de su niño(a), solicite información sobre Child Find.

The Center respeta y protege la privacidad de su familia. La información proporcionada en esta solicitud de inscripción se utilizará para determinar la elegibilidad de su niño(a) para los programas y servicios y no se compartirá sin su permiso.  
Entiendo que esta es una solicitud de servicios que pueden ser pagados con fondos del gobierno y que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa puede resultar en que mi niño(a) sea despedido del programa.

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

¿Qué horario diario le interesa (si está disponible)?

Circulo Uno - Solo Preescolar      Cuidado de día extendido      Early Head Start (0-3)

Si, necesita un día extendido, enumere los días y las horas en que le gustaría que su niño(a) asista.

**GRACIAS. Evaluaremos su solicitud y su aplicación completa. Luego, le informaremos para**

**The Center Programas de Primera Infancia  
Escolar de Condado de Lake  
Formulario de Solicitud de 2021-2022**

**Información de Solicitante & Miembros de la Familia**

Niño Participante / future madre						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Cobertura de Salud Primaria</b>	<b>Otra Cobertura de Salud</b>	<b># del Seguro</b>		<b>Medicaid</b>	<b>Número de Medicaid</b>	<b>Doctor/ Hogar Medico</b>
				<input type="checkbox"/> No es Elegible		
				<input type="checkbox"/> On Medicaid		
				<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible		
<b>Cobertura Dental</b>		<b>Número de Dental</b>				<b>Dentista/Hogar Dental</b>

**Futura Madre**

La atención prenatal es muy importante durante su embarazo, responda la siguiente pregunta.

¿Recibe atención prenatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En qué trimestre estás y cuando buscaste cuidado?
¿Está tomando actualmente vitaminas prenatales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Embarazo de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Puede el personal de The Center ayudarla con sus necesidades prenatales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Proporcione información adicional _____	Iniciales de las madres _____

**Adulto Principal**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				<b>Dirección de Email:</b> _____		

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

Adulto Secundario						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				Dirección de Email: _____		

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

\* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

# Información de Familia, Ingreso & Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Información General										
Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		Condado
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)				Notas				
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Relación a los participantes	Lengua Principal en el Hogar	Adquiriendo/aprendiendo otro lenguaje además de inglés	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si applicable)	
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

Información de Familia									
TANF					SSI				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha de Verificación (completado por agencia)					Verificado por (completado por agencia)				

Notas de Ingresos

Contactos de Emergencia									
Contacto 1	Nombre			Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección			Código Postal		Ciudad		Estado	
Contacto 2	Teléfono			Teléfono #2		Teléfono #3			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre			Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
Contacto 3	Dirección			Código Postal		Ciudad		Estado	
	Teléfono #1			Teléfono #2		Teléfono #1			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

## Questionario para Niños / Familias

### Información sobre discapacidad

#### Consideraciones Especiales

¿Su niño(a) tiene una discapacidad diagnosticada?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Está su niño(a) en un plan de educación individual (IEP)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿para qué sirve el IEP? \_\_\_\_\_

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo?  Sí  No

Tiene inquietudes sobre el habla / lenguaje?  Sí  No

The Center requiere evaluadores de desarrollo en todos los niños. Entiendo que estos evaluadores ayudan a las maestras y al personal a comprender el desarrollo de mi niño(a). Doy mi permiso al personal de The Center para hacer evaluaciones del desarrollo de mi niño(a).

Iniciales de los padres \_\_\_\_\_

### Familiar

Cuántas veces se ha mudado su familia / niño(a) en los últimos 3 años \_\_\_\_\_

¿Abuso de sustancias?  Sí  No

¿Niño en colocación fuera del hogar?

Sí  No

¿Miembro de la familia encarcelado?  Sí  No

¿Referencia de otra agencia?

Sí  No \_\_\_\_\_

¿Violencia / abuso familiar?  Sí  No

¿Familia en crisis?  Sí  No

Otro – (Describe) \_\_\_\_\_

Iniciales de los padres \_\_\_\_\_

### Ir al baño

El Programa de La Primera Infancia de The Center requiere que los niños estén entrenados para ir al baño para asistir.

¿Su niño(a) usa constantemente el baño por su cuenta?  Sí  No

¿Su niño(a) necesita ayuda para usar el baño?  Sí  No

¿Su niño(a) alguna vez tiene accidentes para ir al baño?  Sí  No

Por favor explique \_\_\_\_\_

Iniciales de los padres \_\_\_\_\_

Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si, alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser cancelada y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y estará disponible para mí durante el horario laboral normal.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

## Cuestionario para niños / familias

### Consentimiento para exámenes de salud

Entiendo que los siguientes exámenes de salud son necesarios para la inscripción y participación de mi niño(a) en los programas de primera infancia de The Center. Doy mi consentimiento para que mi niño(a) nombrado arriba reciba algunas o todas las siguientes pruebas de detección y/o evaluaciones, y seguimiento. Este consentimiento es válido para el año del programa inmediatamente después de la fecha en que se firma. Los resultados de estos exámenes y evaluaciones se pondrán a mi disposición. Autorizo la publicación de información pertinente a cualquiera de estos exámenes, observaciones y evaluaciones a los proveedores de servicios que los programas basados en Head Start, CPP, Educación Especial y Matricula consideren necesarios.

### Exámenes de salud que el personal debe completar en la escuela:

- \*DECA & ASQ-E3 Exámenes
- \* Examen de audición
- \*Examen de la vista
- \* Alturas y pesos

Iniciales de los padres \_\_\_\_\_

### Autorización de tratamiento médico

Autorizo a los miembros del personal de The Center los Programas de Primera Infancia a organizar la atención médica o quirúrgica para mi niño(a) mencionado arriba, y dar consentimiento para la atención y/ o tratamiento en caso de una emergencia. Los miembros del personal pueden usar su juicio para decidir qué es una emergencia, y pueden solicitar los servicios de nuestro médico nombrados en el formulario de información médica u otro si no está disponible, y llamar al hospital, y / o una ambulancia. Entiendo que se intentará comunicarse conmigo y/o los contactos de emergencia proporcionados en The Center, pero el contacto no es necesario para que el consentimiento anterior esté en vigor. Una copia de este formulario se presentará como autorización de tratamiento médico, y se considerará válida como la original. Este consentimiento estará en vigor hasta que los padres lo retiren por escrito. Acepto la responsabilidad por los gastos relacionados incurridos, que no son responsabilidad de The Center Programas de Primera Infancia o sus empleados.

Iniciales de los padres \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta: En caso de emergencia, los niños serán llevados al Hospital General de San Vicente**

**822 West 4<sup>th</sup> Street**

**Leadville, Co 80461**

**719-486-0230**

*Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si, alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser cancelada y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y estará disponible para mí durante el horario laboral normal.*

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

