

**Distrito Escolar Unificado Elk Grove
Educación Preescolar
Determinación de la Elegibilidad en Preescolar**

Muchas gracias por su interés en el programa de Preescolar. Por favor revise las pautas sobre los ingresos familiares que se encuentran en la parte inferior para así determinar si el número de miembros de su familia y sus ingresos familiares cumplen con los requisitos de elegibilidad basados en los ingresos para uno de los programas de Preescolar del EGUSD. Si Usted es elegible, por favor complete la porción que está debajo de las pautas sobre los ingresos familiares. **Por favor tome en cuenta que el completar esta forma NO garantiza la colocación en el programa de Preescolar.** La colocación en el programa NO está basada en orden de llegada y no es solo determinada por los ingresos. Los programas de Preescolar en el Distrito Escolar Unificado Elk Grove son financiados por Head Star, el Estado de California y el Título I. Cada una de estas fuentes de financiación tiene requisitos específicos que la familia debe cumplir para calificar. El personal revisará la información que usted ha proporcionado para determinar si usted es elegible. Después de determinar su elegibilidad le contactaran para programar una cita para registrarse, o si usted no califica para uno de estos programas, le referirán a otros programas de preescolar dentro del distrito escolar.

Pautas sobre los Ingresos Familiares para el programa del Estado (CSPP) <i>(efectivo 07/06/2017)</i>			Head Start <i>(efectivo 02/01/2017)</i>		Título I
Número de miembros de la familia	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Vive dentro de los límites de una escuela del Título I
1	\$4,030	\$48,360	\$1,005.00	\$12,060	No se toma en cuenta los. Ingresos para Calificar para El programa TI La familia debe vivir dentro de los límites de una escuela del Título I
2	\$4,030	\$48,360	\$1,353.33	\$16,240	
3	\$4,340	\$52,080	\$1,701.67	\$20,420	
4	\$4,877	\$58,524	\$2,050.00	\$24,600	
5	\$5,657	\$67,884	\$2,398.33	\$28,780	
6	\$6,438	\$77,256	\$2,746.67	\$32,960	
7	\$6,584	\$79,008	\$3,095.00	\$37,140	
8	\$6,730	\$80,760	\$3,443.33	\$41,320	
9	\$6,877	\$82,524	Solamente HEAD START Para una familia con más de 8 miembros, por favor añada \$4,180 al año por cada miembro adicional de la familia.		
10	\$7,023	\$84,276			
11	\$7,169	\$86,028			
12 or more	\$7,316	\$87,792			

Determinación de la Elegibilidad en Preescolar

Fecha _____ Escuela preferida _____ Programa _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento _____ Niño Niña

Nombre del padre _____ Dirección _____

Teléfono _____ Ciudad/Código Postal _____

Email _____ Escuela que pertenece _____

Ingreso Mensual Aproximado (antes de impuestos) _____ Número de miembros en su familia _____

FOR OFFICE USE ONLY: Program Eligibility: Title 1 Head Start State (CSPP) Staff Initial _____

TANF SSI Homeless Foster/CPS Referred Guardianship Transfer SETA (HS→HS) Within EGUSD PreK

1st Choice _____ 2nd Choice _____ 3rd Choice _____ ANY SITE

Site OAIll or Program Educator contacted Family Date Contacted _____ Priority Rank _____

Family information was inputted into recruitment list in G-drive.

Packet picked up appointment for completion scheduled YES NO

Notes:



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

¿Ha asistido el estudiante a una escuela de EGUSD (incluyendo preescolar): SÍ NO # Identificación del Estudiante EGUSD _____

¿Está este estudiante actualmente expulsado o tiene una audiencia de expulsión pendiente en EGUSD o en otro distrito? SÍ NO

*Indica que una respuesta es requerida

*Nombre legal completo del estudiante _____
(Como está en el certificado de nacimiento) Apellido Primer Inicial Nombre del Sufijo (Jr. III. IV)

*Grado _____ #SSID del Estudiante (si lo sabe) _____ *Género: Masculino Femenino

Apodo (AKA) También Conocido Como Apellido (AKA) También Conocido Como Primer Nombre (AKA) Segundo Nombre (AKA) Nombre del Sufijo

*Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____ *Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad Estado País

Correo Electrónico del Estudiante: _____

RAZA / ETNICIDAD

*1) Etnicidad hispana o latina (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sud/Centro América u otra cultura u origen española) No hispana o latina

*2) Raza – Por favor escoja una o más categorías de razas

- Caucáseo Africano americano Indio americano
 Chino Japonés Coreano
 Vietnamés Indio asiático Laosiano
 Camboyano Hmong Otro asiático
 Nativo de Hawái Guameño Samoano
 Tahitiano Otro isleño del Pacífico Filipino

DEMOGRAFÍA

*Dirección de Residencia: _____
(Número & Calle – Apto.) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Dirección Envío de Correo: _____
(Si es diferente a la dirección de residencia) (Número & Calle – Apto. O buzón #) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Teléfono Primario: _____ *Tipo: Hogar Celular Personal Empleo

*ENCUESTA IDIOMA DEL HOGAR (Para estudiantes “nuevos” solamente registrándose por primera vez en el distrito escolar.)

*1. ¿Cuál idioma su hijo aprendió cuando él/ella empezó hablar por primera vez? _____

*2. ¿Cuál idioma su hijo habla más frecuentemente en el hogar? _____

*3. ¿Cuál idioma usted usa más frecuentemente en el hogar cuando usted habla con su hijo? _____

*4. ¿Cuál es el idioma que los adultos hablan más a menudo en el hogar? _____
(padres, guardianes, abuelos, o cualquier otro adulto)

FOR OFFICE USE ONLY

School Name _____ Enrollment Date _____ Birth Date Verified Birthplace Verified
Birth Verification Method _____ Address Verification Method (1) _____ (2) _____
Immunizations Complete? YES NO Student Notifications? YES NO Permit Type _____ Permit Date _____
Track _____ Enrolled by _____ Date entered in Synergy _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación actual de la vida actual de su hijo, si aplica? (*Federalmente Requerida*)

Sin hogar (Si es así, identifique la categoría de la residencia) Albergue temporal Hotel/motel Temporalmente doble Sin albergue temporalmente

Residencia de Crianza Primaria (Si es así, identifique el tipo de vivienda) Hogar Familiar de Crianza o Plan Familiar Institución con Licencia de Niños (grupo del hogar)

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo? Acomodación 504 GATE Programa Educación Especial ESL/Bilingüe Ninguno

Petición para Servicios Educación Migrante # de Identificación Migrante del Estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

*Padre/Guardián: _____ * Tutor Legal * Otro

*Parentesco: _____ ¿Vive esta persona con el estudiante?: Sí NO Compartir la información: Sí NO

*Dirección Envío del

Correo: _____
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Teléfono primario _____ ¿Contacto? _____ ¿No en el directorio? _____

Teléfono del Hogar: _____

Celular Personal: _____

Teléfono del Empleo: _____ # de Extensión _____

*Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

*Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o título de asociado Graduado del colegio/post graduado
 Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

Padre/Guardián: _____ * Tutor Legal * Otro * Difunto Sí

*Parentesco: _____ ¿Vive esta persona con el estudiante?: Sí NO Compartir la información: Sí NO

Dirección Envío del
Correo: _____
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Teléfono primario: _____ ¿Contacto? _____ ¿No en el directorio? _____

Teléfono del Hogar: _____

Celular Personal: _____ # de Extensión _____

Teléfono del Empleo: _____ # de Extensión _____

* Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

* Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o título de asociado Graduado del colegio/post graduado
 Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

MATRICULACIÓN

Previa Escuela de Asistencia: _____
(Nombre de la Escuela) (Dirección) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (#s de Teléfonos / Fax)

Previo Distrito Escolar: _____ Última Fecha de Asistencia Escolar: _____

* ¿Qué mes, día, y año su hijo entró (se matriculó) a una Escuela Pública de California? Mes/Día/Año: _____

* Fecha de Entrada a una Escuela en los Estados Unidos (U.S.) – Mes/Día/Año: _____ ¿Matriculado en U.S. menos de tres años?

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE TODOS/OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA ASISTENCIA ESCOLAR	VIVEN EN EL HOGAR
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Contactos de Emergencia:

Individuos que puedan ser contactados en caso de una emergencia cuando el padre o guardián no pueda ser localizado. (Identificación válida debe ser proporcionadas para entregar el estudiante)

*Parentesco: _____ Nombre: _____ Entrega del estudiante: SI NO

Teléfono del Hogar: _____ Celular Personal: _____ Teléfono del Empleo: _____ Ext.: _____

Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

*Parentesco: _____ Nombre: _____ Entrega del estudiante: SI NO

Teléfono del Hogar: _____ Celular Personal: _____ Teléfono del Empleo: _____ Ext.: _____

Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

*Parentesco: _____ Nombre: _____ Entrega del estudiante: SI NO

Teléfono del Hogar: _____ Celular Personal: _____ Teléfono del Empleo: _____ Ext.: _____

Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

Nombre del Cuidado/Guardería de Niños: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Hogar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Oficial de Libertad Condicional _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono/Ext.: _____

Trabajador Social (Agencia): _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono/Ext.: _____

Trabajador Social (Condado): _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono/Ext.: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____ Hospital: _____

Compañía de Póliza de Seguro: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____ Póliza de Seguro #: _____

Información Adicional: _____

*HISTORIAL DE SALUD

FAVOR DE MARCAR AQUÍ SI EL ESTUDIANTE HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

Marque cualquier o todas las condiciones médicas del estudiante. Use la siguiente sección para explicar/recomendar.

ALERTA MÉDICA (condición no enumerada – describa enseguida)

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza- migraña | <input type="checkbox"/> Alerta de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Procedimientos especializados de salud |
| <input type="checkbox"/> Alergia – no alimenticia | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Plan de salud | <input type="checkbox"/> Desorden intestinal | <input type="checkbox"/> Incapacidad del habla |
| <input type="checkbox"/> Alergia – alimentos | <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Incapacidad de escuchar | <input type="checkbox"/> Ortopédico / escoliosis | <input type="checkbox"/> Síndrome – otro |
| <input type="checkbox"/> Alergia - nueces | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición del corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia – cacahuates | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones | <input type="checkbox"/> Desorden urinario |
| <input type="checkbox"/> Desorden de ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Incapacidad de la visión |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> IEP Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> Condición de la piel-otra | <input type="checkbox"/> Desorden de peso |

Explicación/Recomendaciones sobre lo anterior: _____

¿Toma el estudiante medicamentos actualmente? SI NO

¿Se requiere la medicina durante el día escolar? SI NO

EL MEDICAMENTO NO PUEDE SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN MÉDICO Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTÁN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.

ENTIENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR NINGÚN PADRE/GUARDIÁN O CONTACTO DE EMERGENCIA, LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA PARA LLEVAR A MI ESTUDIANTE AL MÉDICO DE CABECERA O MÉDICO LICENCIADO, O AL HOSPITAL MÁS CERCANO HACIENDO RESPONSABLE AL PADRE/GUARDIÁN DEL COSTO.

*Nombre de la persona llenando la forma (letra de molde): _____

*Parentesco: _____

*Firma del Padre/Guardián (certificando que la información es correcta): _____

Fecha: _____

Favor de llenar **TODAS** las páginas de esta forma

¡Gracias!

Rev .5/3/17

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Department Of Social Services Childcare Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 2525 Natomas Park Drive, Suite 250

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (916) 263-5744

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la “NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES” y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

EGUSD, Pre K-6 Education

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES**Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Department of Social Services Childcare Licensing

DIRECCIÓN

2525 Natomas Park Dr. Suite # 250

CIUDAD

Sacramento, CA

CÓDIGO POSTAL

95833

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(916) 263 - 5744

SEPARÉ AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

EGUSD, Pre K-6 Education

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

9510 Elk Grove Florin Rd. 95624

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Iniciales

AUTORIZACION PARA TOMAR FOTOGRAFIAS O GRABACIONES DE VIDEO

Por medio de este documento doy mi consentimiento de que mi niño/a sea fotografiado/a o grabado para el uso en el salón preescolar.

Es de mi conocimiento que las fotografías/diapositivas/videos de mi niño/a serán utilizadas para demostrar las mejores técnicas y estrategias dentro de los ambientes de educación temprana. Los materiales visuales serán presentados a educadores de la niñez, a los administradores y a los representantes de la familia que participan en el programa preescolar.

Es de mi conocimiento que ninguna fotografía, diapositiva o video será entregado a personas, agencias, o a publicaciones sin la debida autorización por escrito.

AUTORIDAD DE INSPECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

– **Título 22, División 12, Capítulo 1, Artículo 4, Sección 101200 (b) y (c)**

Iniciales

Es de mi conocimiento que:

- (b) El departamento tiene la autoridad para entrevistar a los niños/as o al personal, e inspeccionar y auditar los expedientes del niño/a, así como también del centro de cuidado de los niños, sin previo consentimiento.
 - (1) El titular de la licencia hará los arreglos necesarios para las entrevistas privadas con cualquier de los niños/as, o miembro del personal; y para el examen de todos los expedientes referentes a la operación del centro de cuidado de los niños.
- (c) El departamento tiene la autoridad para observar la condición física del niño(s), incluyendo las condiciones que podrían indicar cualquier abuso, negligencia, así como también si el lugar es inadecuado para el niño.

Nombre del Padre/ Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

2nd Year Iniciales Del Padre

Fecha

**Enfrentando los Hechos:
Una Guía para Padres que les Ayuda a Entender el
ABUSO INFANTIL**

Definición de Abuso Infantil

En este artículo el termino “abuso infantil” se refiere daño físico, el cual es hecho por otra persona, de manera intencional a un niño(a). “Abuso infantil” también se le llama al abuso sexual de un niño(a) o cualquier acto u omisión pre-escrita en la Sección 273a (con cruel intenciones o castigo no justificado a un niño(a) o 273d (castigo corporal ilegal). También es considerado “Abuso infantil” la negligencia del cuidado de un niño(a) o el abuso en otro lugar que no es su hogar, como esta dicho en este artículo. Una pelea entre niño(a)s no es considerado “Abuso infantil”

Código Penal sección 11165.6

Definición de Abuso Sexual

En este artículo el termino “abuso sexual” se refiere a un asalto sexual o explotación sexual y es definido por lo siguiente: (a) “asalto sexual “ es comportamiento en violación de una o más de las siguientes secciones: Sección 261 (violación), 264.1 (violación en grupo), 285 (incesto), 286 (sodomía), subdivisión(a) o (b) de la sección 288 (actos obscenos o lascivos hechos a un niño(a) menores de 14 años), 288a(copulación oral), 289 (penetración genital o rectal con un objeto), o 647a(abuso sexual de un niño(a)).

Código Penal sección 11165.1

Definición de Negligencia

En este artículo el termino “negligencia” es definido como un trato negligente o maltrato a un niño(a), por la persona responsable del bienestar de ese niño(a) bajo circunstancias que indiquen peligro o amenaza de peligro a la salud o bienestar del niño(a). Este término también incluye acciones y omisiones por parte de la persona responsable.

Código Penal sección 11165.2

Servicios y Contactos

Para su información, el siguiente cuadro le enseña que agencias le pueden asistir de acuerdo a sus necesidades:

	Policía o Alguacil	Departamento del Condado del Servicio Social para Niños	División Estatal o Local de Guarderías Comunales Certificadas
* Si usted cree que un niño esta siendo (o ha sido) abusado por un individuo (pariente, amigo)...	X	X	
*Si usted cree que un niño ha sido asaltado por un extraño...	X		
*Si usted cree que un niño esta siendo (o ha sido) abusado en una guardería donde asiste (centro de cuidados de niños, escuela, centro de recreación, guardería familiar)...	X		X
*Si usted tiene cualquier pregunta o queja de cualquier agencia certificada, personal o programas de una guardería certificada...			X

Quienes deben de Reportar

Aunque toda persona debería de reportar cualquier sospecha de abuso infantil y negligencia, El Código Penal de California dice que ciertos profesionales y todo trabajador debe de reportar a las autoridades correspondientes, si sospechan de abuso. Este mandato incluye que reporten:

*Cualquier persona que tiene niños bajo su cuidado (maestros, trabajadores de guarderías, padres adoptivos, trabajadores sociales)

*Practicantes de medicina (médicos, dentistas, psicólogos, enfermeras)

* Otros practicantes (trabajadores públicos de salud, consejeros, religiosos quienes tratan con niños)

*Empleados de agencias protectoras de niños (policía o alguacil, oficiales provisionales, empleados del departamento del condado de welfare)

Si sospecha de abuso, debe de reportarlo inmediatamente a la Policía o al CPS. Si falla en reportar por escrito la sospecha de algún abuso a cualquier persona o agencia designada (arriba mencionadas) durante las siguientes 36 horas es un crimen castigado o multado por 6 meses de cárcel y/o \$1,000 de multa.

Recuerde, usted tiene la mayor responsabilidad de que su hijo este bien. Con un poco de tiempo, esfuerzo, y comprensión usted pudiera prevenir que su hijo(a) sea abusado o ayudarlo(a) cuando un abuso suceda.

RECIBO INFORMATIVO SOBRE LA PREVENCION DE ABUSO INFANTIL

Doy fe que Yo/Nosotros; padres de _____ hemos recibido una copia de
(Nombre del Niño)

“ENFRENTANDO LOS HECHOS: UNA GUIA PARA PADRES PARA ENTENDER EL ABUSO INFANTIL” bajo licencia o autorización de la Oficina del Distrito Unificado de Elk Grove, PreK-6 Education.
(Nombre de la Institución)

Firma de Padre/Guardián _____ (2nd Year) Firma de Padre/Guardián _____
Fecha _____ Fecha _____

Distrito Unificado De Elk Grove
Educación PreK-6

Comprobante de Información

Política Del Consejo De Las Escuelas Libres Del Humo De Tabaco

Por medio de la presente acepto haber recibido información del Distrito Unificado de Elk Grove con respecto a sus programas de Pre-Kinder incluyendo los derechos de los padres y la política 33513 (a) del consejo escolar sobre Escuelas Libres de Humo.

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Fecha _____
(Letra de molde)

**DISTRITO ESCOLAR DE ELK GROVE
PreK-6 Education**

**ACUERDO DE ADMISIÓN ENTRE EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE ELK GROVE Y
LOS PADRES/GUARDIANES DE ALUMNOS PREESCOLARES**

Este acuerdo le informa a los padres/guardianes sobre las expectativas de participación en los programas preescolares administrados por el PreK-6 Education. Estas expectativas se aplica a los siguientes programas: Head Start, Programa Estatal Preescolar y Título I.

1. REGLAS SOBRE LA ENTRADA Y LA SALIDA DE LA CLASE:

Horario de llegar: Todos los estudiantes deben de llegar a clase a tiempo.

Firmas: Para la seguridad de los estudiantes y de acuerdo a la Ley Estatal de California Cuidado Infantil, los padres/guardianes deben de firmar cada vez que lleven los estudiantes a clase y firmar cada vez que los recojan de su clase.

Hora de salida: Los padres/guardianes deben de recoger a los estudiantes a tiempo. En caso de que los estudiantes no se recojan a tiempo, se aplicaran los siguientes procedimientos:

- 1) Recibirán un recordatorio verbal la primera vez que no recojan al alumno a tiempo.
- 2) Recibirán una notificación para asistir a una conferencia la segunda vez que no recojan al alumno a tiempo.
- 3) Recibirán un aviso escrito la tercera vez que no recojan al alumno a tiempo.
- 4) Recibirán una notificación para asistir a una segunda conferencia para hablar sobre la posibilidad de la terminación del programa.

Autorización para recoger al estudiante– El personal entregará los estudiantes a los padres/guardianes solamente (o personas autorizada por el padre/guardián mayores de 18 años).

2. PARTICIPACION DE PADRES:

La participación de los padres es esencial para el éxito de los alumnos. Los Padres/guardianes están invitados a asistir a juntas de padres, talleres de trabajo para padres y ser voluntario en el salón de clases por lo menos tres (3) horas por semana. Proyecto de Ley Senatorial 792 la cual requieren que todos los adultos, empleados y voluntarios que tengan contacto con los niños deben ser vacunados contra la gripe, la tosferina y el sarampión.

3. AUSENCIAS/ENFERMEDADES:

1) Los estudiantes deben de asistir a clases regularmente. Si su hijo/a se enferma, usted debe de notificar al maestro. 2) El personal del programa preescolar se comunicará con los padres/guardianes cuando su hijo/a tenga ausencias no justificadas o cuando tenga muchos días ausentismo extendidos, lo cual podrá resultar en que su hijo/a sea dado de baja del programa si no mejora su asistencia no ir a la escuela. 3) Los estudiantes que estén ausentes por diez (10) días o mas sin notificación podrán ser dados de baja de la clase.

4. VISITAS A DOMICILIO/CONFERENCIAS DE PADRES:

Las conferencias de padre/maestro se llevan a cabo dos veces al año. Los maestros del Programa Head Start también programan visitas a domicilio dos (2) veces o más durante el año escolar. Su participación es necesaria para facilitar la comunicación continua.

5. DISCIPLINA:

El personal del programa es responsable de mantener un ambiente seguro, saludable y cómodo que les ayude aprender en la clase. Expectativas por parte de los estudiantes serán claramente explicadas a los estudiantes y a los padres/guardianes.

6. CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información sobre los estudiantes y sus familias se mantendrá confidencial. No se compartirá información con ninguna agencia u otra persona a menos de que ustedes nos proporcionen permiso por escrito.

7. TRANSPORTACION:

No proveemos transportación de o hacia la escuela.

8. ASIGNACION EN LA CLASE DE PREESCOLAR

Una vez completado el expediente del estudiante, este podrá ser asignado a la clase basado en el criterio de selección establecido por el Distrito Escolar Unificado del Elk Grove EGUSD.

EXAMEN FISICO, EVALUACION DE FACTOR DE RIESGO DE TUBERCULOSIS DEL ALUMNO, EXAMEN DENTAL:

Las regulaciones para Cuidado Infantil (Titulo 22, 10122) requieren que todos los niños tengan un examen físico dentro de los 30 días de su entrada en el programa de Preescolar. La evaluación del factor de riesgo de la Tuberculosis antes de su entrada/ asignación dentro del programa de Preescolar. Aquellos niños que no tengan el examen físico dentro de los (30) días requeridos, serán notificados de su exclusión temporal para asistir a la clase hasta que se reciba lo requerido. Un Examen Dental vigente deberá ser completado durante el año en el programa.

Entiendo todos los requerimientos mencionados arriba.

2nd Year

Nombre del Niño/a: _____

Programa: _____

Initial: _____

Firma de los padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

Date: _____