



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education
CSPP Full Day EL Site
Phone: _____ E-mail: _____



This document should be included in the family file.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA MATRICULACION

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Bienvenidos a nuestro Centro de Educación Preescolar. Antes de hacerle una cita para matricular a su niño/a tenga disponible y completa la información marcada abajo:

		(LAUSD SECTION)	
		Received COMPLETE	Scanned to EESIS
☐	Certificado de Nacimiento o Certificado de Bautismo de TODOS sus hijos/as menores de 18 años	☐	☐
☐	Tarjeta de Inmunizaciones (vacunas) para el niño que se esta registrando <u>01/19</u>	☐	☐
☐	Verificación de Ingresos – Un mes completo de talones de cheque del mes anterior por cada padre empleado. Presentar los últimos 4 talones de cheque consecutivos, si le pagan quincenal, presentar los últimos 2 talones de cheque consecutivos.	☐	☐
☐	Verificación que recibe TANF o por tener niños de crianza (Copia del cheque más reciente, Declaración de cuanto recibe de ingresos o el recibo de lo que recibió de ingresos)	☐	☐
☐	Verificación de domicilio (CA ID, CA Driver's License, Facture de Servicios Publicos o Recibo de Renta o Acuerdo, etc.)	☐	☐
DOCUMENTOS ADJUNTOS			
☐	Encuesta del Idioma en el Hogar <i>Student Enrolment Form Ref 5259.1</i> <u>08/19</u>	☐	☐
☐	Historia Medica Permanente (Blanco, llenado por el padre o guardián) <u>07/86</u>	☐	
☐	Examen físico reciente (Forma LIC 701 llenado por el Médico privado no más de 12 meses) <u>08/08</u>	☐	
☐	Verificación de Empleo y Salario <u>04/19</u>	☐	☐
☐	Auto-Declaración de Ingresos (Si es aplicable) <u>04/19</u>	☐	☐
☐	Verificación de Entrenamiento <u>01/15</u>		
☐	• Tiempo para estudiar debe ser escrito y proporcionado por el padre	☐	☐
☐	De Acuerdo Basada en Busca de Empleo <u>04/18</u>	☐	☐
☐	Verificación de Incapacidad del padre o madre (llenado por el Médico) <u>06/08</u>	☐	☐
☐	Formulario de Servicios de Protección completada por la agencia 83.66	☐	☐
☐	Manual Para Los Padres del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (Las formas con firma se completarán después de la matricula del estudiante) <u>SY 20-21</u>	☐	
☐	Tarjeta de Información de Emergencia (Mínimo 3 nombres, direcciones y números de teléfonos de personas autorizadas para recoger a su hijo/a en caso de emergencia, mayores de 18 años) <u>01/14</u>	☐	
☐	Otro: _____	☐	

Usted tiene una cita el día _____ a las _____ AM / PM

Favor de traer todos los documentos requeridos ese día, y tener 30 minutos libres para verificar la información, y revisar con usted las pólizas y procedimientos de nuestro programa. Si usted no se presenta a su cita, procederemos a inscribir a la siguiente familia en nuestra lista de espera.

This document should be included in the family file.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education

CSPP Full Day EL Site

Phone: _____ E-mail: _____



This document should be included in the family file.

FOR LAUSD USE ONLY

CASE NOTES

FOR LAUSD USE ONLY

EESIS ID# _____ Parent/s Name _____ Room # _____

Child Name _____ Birthday _____ ☐ CSPP FULL DAY

Has the family previously been enrolled in a LAUSD ECED Program? ☐ YES ☐ NO

CONTRACT SIGNATURES

- Notice of Action (CD 7617) – with Parent initial or receipt of certified mail and SAA signature
- CD 9600 page 1 & 2 – with proper box checked, dated, initialed (Single Parent) and Signed by Parent and SAA

COMPLETE	SCANNED TO EESIS
☐	☐
☐	☐

This document should be included in the family file.



REFERENCE GUIDE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA		
Idioma natal del alumno		
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?		
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?		
¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?		
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)		
¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?	☐ Sí ☐ No	
Origen étnico principal del estudiante		
¿Es la étnica del estudiante hispana o latina?	☐ Sí ☐ No	
Raza principal del estudiante (marcar uno)		
☐ Afroamericano o Negro	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Blanco
Asiático:	☐ Indoasiático ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Hmong ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Vietnamita ☐ Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:	☐ Nativo de Guam ☐ Nativo de Hawaii ☐ Samoano ☐ Tahitiano ☐ Otro isleño del Pacífico:	
☐ Se niega a declarar		
Raza adicional del estudiante (opcional)		
☐ Afroamericano o Negro	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Blanco
Asiático:	☐ Indoasiático ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Hmong ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Vietnamita ☐ Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:	☐ Nativo de Guam ☐ Nativo de Hawaii ☐ Samoano ☐ Tahitiano ☐ Otro isleño del Pacífico:	
☐ Se niega a declarar		

Firma

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES HISTORIAL PERMANENTE DE LA SALUD

Estudiante _____ Sexo: M ___ F ___ FDN _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

Última escuela a la que asistió el menor _____ Lugar _____ Ciudad y Estado Grado actual _____ CLASE O ESCUELA ESPECIAL _____			Cuidado de la salud _____ Proveedor/médico _____ Fecha del último examen físico _____ Dentista de la familia _____ Fecha del último examen dental _____																																																																																						
FAMILIA: Padre _____ Vive con el niño (nombres) _____ SALUD _____ Madre _____ Padrastro/Madrastra _____ Otros _____			ENFERMEDADES DEL NIÑO (anteriores o actuales) favor de marcar (V): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Varicela</td> <td style="width: 5%;">Sí</td> <td style="width: 5%;">No</td> <td style="width: 50%;">Dolor de garganta</td> <td style="width: 5%;">Sí</td> <td style="width: 5%;">No</td> </tr> <tr> <td>Meningitis</td> <td></td> <td></td> <td>Dolor del oído/infecciones</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Paperas</td> <td></td> <td></td> <td>Pérdida Auditiva</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubeola (sarampión de 3 días)</td> <td></td> <td></td> <td>Problema del habla</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubeola (sarampión de 10 días)</td> <td></td> <td></td> <td>Problema de la vista</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tos ferina</td> <td></td> <td></td> <td>Usa lentes/contacto</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resultados positivos en la Prueba cutánea de TB</td> <td></td> <td></td> <td>Condición cardíaca/soplo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bronquitis</td> <td></td> <td></td> <td>Alta presión arterial</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neumonía</td> <td></td> <td></td> <td>Problemas Renales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Diabetes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urticaria o eczema</td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad sanguínea</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alergia: medicamento/otro</td> <td></td> <td></td> <td>Problema menstrual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesión de la cabeza</td> <td></td> <td></td> <td>Hernia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Convulsiones/desmayos</td> <td></td> <td></td> <td>Parásitos (lombrices)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Varicela	Sí	No	Dolor de garganta	Sí	No	Meningitis			Dolor del oído/infecciones			Paperas			Pérdida Auditiva			Rubeola (sarampión de 3 días)			Problema del habla			Rubeola (sarampión de 10 días)			Problema de la vista			Tos ferina			Usa lentes/contacto			Resultados positivos en la Prueba cutánea de TB			Condición cardíaca/soplo			Bronquitis			Alta presión arterial			Neumonía			Problemas Renales			Asma			Diabetes			Urticaria o eczema			Enfermedad sanguínea			Alergia: medicamento/otro			Problema menstrual			Lesión de la cabeza			Hernia			Convulsiones/desmayos			Parásitos (lombrices)		
Varicela	Sí	No	Dolor de garganta	Sí	No																																																																																				
Meningitis			Dolor del oído/infecciones																																																																																						
Paperas			Pérdida Auditiva																																																																																						
Rubeola (sarampión de 3 días)			Problema del habla																																																																																						
Rubeola (sarampión de 10 días)			Problema de la vista																																																																																						
Tos ferina			Usa lentes/contacto																																																																																						
Resultados positivos en la Prueba cutánea de TB			Condición cardíaca/soplo																																																																																						
Bronquitis			Alta presión arterial																																																																																						
Neumonía			Problemas Renales																																																																																						
Asma			Diabetes																																																																																						
Urticaria o eczema			Enfermedad sanguínea																																																																																						
Alergia: medicamento/otro			Problema menstrual																																																																																						
Lesión de la cabeza			Hernia																																																																																						
Convulsiones/desmayos			Parásitos (lombrices)																																																																																						
¿Ha pasado la noche en un hospital? Sí _____ No _____ Nombre del hospital _____ Ciudad _____ Estado _____ Fechas en el hospital _____ Motivos de la hospitalización _____ Indicar si el menor toma medicamentos: Sí _____ No _____ Nombre del medicamento: _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ Indicar si se le limitaron actividades - Sí _____ No _____ En caso afirmativo, razón de la limitación: _____			Otros accidentes o enfermedades graves (describir) _____																																																																																						
HISTORIAL DE NACIMIENTO: EMBARAZO DE LA MADRE: SÍ NO Infecciones _____ Sangrado _____ Alta presión arterial _____ Toxemia _____ Diabetes _____ Otras complicaciones del embarazo _____ Embarazo de 9 meses _____ Tipo de parto _____ Peso al nacer _____ Condición al nacer (marque) buena _____ deficiente _____ De ser deficiente, describa: _____			HISTORIAL DE DESARROLLO: Indicar la edad en la que su hijo: Se sentó solo _____ Gateó _____ Se puso de pie solo _____ Caminó _____ Pronunció palabras _____ oraciones _____ Usó el inodoro _____ Comió independientemente _____ FAVOR DE MARCAR () LAS OPCIONES CORRESPONDIENTES A SU HIJO: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Disfruta del aprendizaje</td> <td style="width: 5%;">SÍ</td> <td style="width: 5%;">NO</td> <td style="width: 50%;">Se muerde las uñas</td> <td style="width: 5%;">SÍ</td> <td style="width: 5%;">NO</td> </tr> <tr> <td>Le agrada la escuela</td> <td></td> <td></td> <td>Se chupa el dedo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le agradan los demás niños</td> <td></td> <td></td> <td>Moja la cama</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Come bien</td> <td></td> <td></td> <td>Parece tímido</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebe leche</td> <td></td> <td></td> <td>Se cae frecuentemente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desayuna</td> <td></td> <td></td> <td>Hace berrinches</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duerme bien</td> <td></td> <td></td> <td>Parece hiperactivo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sigue indicaciones</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Disfruta del aprendizaje	SÍ	NO	Se muerde las uñas	SÍ	NO	Le agrada la escuela			Se chupa el dedo			Le agradan los demás niños			Moja la cama			Come bien			Parece tímido			Bebe leche			Se cae frecuentemente			Desayuna			Hace berrinches			Duerme bien			Parece hiperactivo			Sigue indicaciones																																									
Disfruta del aprendizaje	SÍ	NO	Se muerde las uñas	SÍ	NO																																																																																				
Le agrada la escuela			Se chupa el dedo																																																																																						
Le agradan los demás niños			Moja la cama																																																																																						
Come bien			Parece tímido																																																																																						
Bebe leche			Se cae frecuentemente																																																																																						
Desayuna			Hace berrinches																																																																																						
Duerme bien			Parece hiperactivo																																																																																						
Sigue indicaciones																																																																																									
ENFERMEDADES DURANTE LAS PRIMERAS 2 SEMANAS: SÍ NO Dificultad respiratoria _____ Convulsiones _____ Cianosis (color azulado) _____ Ictericia (color amarillento) _____ Problemas alimentarios _____ Anemia _____ Defecto de nacimiento _____ Preciso incubadora _____ Se le dio de alta con su madre _____			¿A qué hora se duerme? _____ ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su hijo? Favor de anotar: _____																																																																																						

Fecha _____ Firma del padre/tutor _____
 Fecha _____ Historial a cargo de _____
 (nombre) título _____
 Nombre de la Escuela _____

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS
(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)**PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)**

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /			
HEPATITIS B	/ /	/ /			
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- ! Risk factors not present; TB skin test not required.
- ! Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
____ Communicable TB disease not present.

I have ! have not ! reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

! Physician ! Physician's Assistant ! Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
 - * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
 - * Live in out-of-home placements.
 - * Have, or are suspected to have, HIV infection.
 - * Live with an adult with HIV seropositivity.
 - * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
 - * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
 - * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
 - * Have clinical evidence of TB.
-

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
Early Childhood Education



VERIFICACION DE EMPLEO

SECCION DEL PADRE/GUARDIAN:

La ley estatal de California (5 CCR 18084) requiere que familias quien reciben servicios del programa de Educación Preescolar de LAUSD documenten sus ingresos en total. Yo consiento proporcionar más talones de cheque u otros registros de sueldo. Autorizo a mi empleador de liberar la información siguiente al programa de educación preescolar nombrada arriba. También autorizo el programa de educación preescolar para ponerse en contacto con mi trabajo para verificar cualquier información indicada en esta forma.

Padre/Nombre de Empleado

Firma de Padre/Empleado

Fecha

SECCION DE EMPLEADOR: *Por favor complete y regrese la forma a la locación mencionada arriba.*

Empleador _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Horas de Negocio: _____

Posición del Empleado /Departamento: _____ Fecha de Empleo _____

Como es pagado el empleado? ☐ Semanal ☐ Cada 2 Semanas ☐ Dos Veces al Mes ☐ Cada 4 semanas ☐ Mensual

Pagado con: ☐ Efectivo ☐ Cheque **GANANCIAS BRUTAS** Por Período de Pago: _____

Numero de Horas Empleadas por Semana _____ Salario por hora \$ _____ *Posibilidad de?*
☐ Propinas ☐ Horas Adicionales

DIAS Y HORAS DE EMPLEO

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DE:							
A:							

Si es que trabaja un horario variable, por favor marque uno: ☐ Dias Varean ☐ Horas Varean ☐ Dias y Horas Varean
Porfavor Explique: _____

Nombre de Empleador/Titulo

Firma del Representante del Empleador

Fecha

LAUSD SECTION:

Travel time requested ☐ 30 minutes ☐ 60 minutes

Student's Name: _____ Family ID: _____

Means of verification: _____

Notes: _____

Verified By: _____ Date: _____



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
AUTO-CERTIFICACIÓN DE INGRESOS**



SECCION DE PADRES:

Nombre del Padre: _____ # de Familia: _____

Nombre del Niño/a: _____

1. La auto-certificación de ingresos de empleo es solicitada por la siguiente razón:

- ☐ El Programa de Educación Preescolar solicita que yo complete esta forma porque mi empleador se ha negado de proporcionar mi información de empleo.
- ☐ Yo pido que mi empleador no sea contactado para verificar mi empleo por la razón de que podría poner en riesgo mi empleo.
- ☐ No tengo talones de cheque, recibos, u otra documentación de empleo.
- ☐ Otro _____

EMPLEADOR	
Primer día de Empleo:	
Tipo de Trabajo:	
Tarifa de pago: (\$ ____ por ____)	\$
Con que frecuencia es pagado? (Semanal, mensual, etc.)	
Pagado Por: (En Efectivo, Cheque)	
Horario de su Trabajo: (____ AM - ____ PM)	
Días que trabaja a la semana: (Lun. - Vier.)	
Total de sus ingresos el mes :	\$

2. Auto-certificación de ingresos que no son de empleo cuando ninguna documentación es posible:

Que Tipo?		
Cantidad?		
Con que frecuencia?		
Porque?		

Declaro bajo la pena del perjurio que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que pueden pedirme que yo documente mis actividades cada semana.

Firma del Padre

Fecha

LAUSD SECTION:

Notes: _____

Assessed By: _____

Date: _____



California Department of Education
Early Education and Support Division
Form EESD-9605 (January 2015)



Training Verification –Parent or Caretaker Attending School or Receiving Training

Date				
Agency Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number	Parent Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number Signature _____			
Training/Education Information				
Profession/Vocational Goal (Not Academic Goal) (E.g. Vocational Goal is to become a teacher.) (E.g. Academic Goal is to obtain Degree or Certificate)				
Name of School or Organization where training/education is received	Phone Number			
Street Address, City, Zip Code	Anticipated Completion Date for Training/Education			
Date this Term Began	Date this Term Ends			
Complete One of the Following				
☐ Attached is the parent's course printout form from the training institute. or ☐ Below is the parent's class schedule with the signature and stamp of the Registrar's office.				
Class Schedule (if applicable)				
Day	Time	Room #	Course Name	Units
Signature and Stamp of Registrar of School/Organization				
Date of Signature and Seal				



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
DE ACUERDO BASADA EN BUSCA DE EMPLEO**



SECCION DE LAUSD:

Nombre de Padre/Guardian: _____ Family ID: _____

Fecha actual en busca de empleo: _____

Ley estatal de California (5CCR 18086.5) requiere que la elegibilidad de buscar empleo sea limitada con un máximo de 12 meses.

Usted habrá usado el número máximo de días permitidos el _____. Si para esa fecha usted no ha asegurado empleo, los servicios de desarrollo infantil de su familia pueden ser terminados.

SECCION DE PADRE/GUARDIAN:

1. Por favor marque las actividades que usted usará para buscar activamente el empleo:

- | | |
|--|---|
| ☐ Buscar empleos en el periódico | ☐ Hacer llamadas telefónicas |
| ☐ Utilizar el Internet | ☐ Escribir y enviar mi Curriculum Vital |
| ☐ Solicitar entrevistas en persona | ☐ Aplicar con agencia de empleo |
| ☐ Visitar el centro de colocación de colegio | ☐ Visitar domicilios solicitando trabajo |
| ☐ Ir al Departamento de Desarrollo de Empleo (Oficina de Desempleo) | |
| ☐ Otro _____ | |

2. Por favor indique si le gustaría:

- ☐ Un horario fijo (las mismas horas cada día, limitadas a 30 horas cada semana)
- ☐ Un horario variable (horas variadas basadas en actividades de buscar empleo, limitadas a 30 horas cada semana)

Si le gustara un horario fijo, indique las horas y días de la semana que usted usará para buscar activamente el empleo:

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DE:					
A:					

Declaro bajo la pena del perjurio que yo estoy en busca de empleo y que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser pedido documentar mis actividades cada semana. Notificaré el centro inmediatamente si hay algún cambio de mi estado de empleo.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

STATEMENT OF PARENTAL INCAPACITY

Please print or type information.

PART I – To be completed by the authorized agency representative and the incapacitated parent. By signing this form and for the purpose of verifying my incapacity to care for the family's children as it relates to the family's eligibility for subsidized child care and development services, I authorize and request the health professional named in Part II to release the information requested to the agency identified below. I further authorize the health professional to discuss this Statement of Incapacity with the agency in order for the agency to verify, clarify, or complete it. I understand the health professional may also require that I complete his or her own release form prior to providing the information requested below.							
NAME OF PARENT/CARETAKER		SIGNATURE OF PARENT/CARETAKER		DATE			
FIRST NAME AND AGE OF THE CHILD(REN) FOR WHOM FINANCIAL ASSISTANCE FOR CHILD CARE IS BEING REQUESTED:							
1.		2.		3.		4.	
AGENCY			AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Please print.)			TELEPHONE NUMBER ()	
ADDRESS				CITY		ZIP CODE	

PART II – To be completed by the licensed health professional. For the family to be eligible to receive child care and development services under the category of incapacity, the California law requires verification, at least annually, of the physical or mental incapacity of the parent or caretaker that renders the person incapable of caring for or supervising the family's child(ren) without assistance. (See <i>California Code of Regulations, Title 5, §18088.</i>) Your cooperation in completing and returning this form to the agency listed above within 15 days of receipt is requested.										
PATIENT _____ HAS a ☐ physical condition or a ☐ mental health condition that prevents him or her from providing care or supervision for the child(ren) listed above for at least part of the day.			Please indicate the time in a day and the days of the week, not to exceed 50 hours in a week, that the parent is unable to care for or supervise the child(ren).							
			Child care	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
			Start Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
			End Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
PROBABLY DATES OF INCAPACITY From: To:			If the time of day cannot be easily identified in consultation with the patient, please identify the number of hours ☐ and days of the week [M, T, W, T, F, S, S] that services are needed.							

If the parent has a physical/medical condition, please identify the extent to which the parent is incapable of providing care and supervision.

Please sign and submit this form to the agency listed in Part I within 15 days of receipt of this form.

NAME OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		LICENSE TYPE		LICENSE NUMBER	
SIGNATURE OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		DATE		TELEPHONE NUMBER ()	
MEDICAL GROUP OR ORGANIZATION WITH WHICH THE PROFESSIONAL IS AFFILIATED, IF ANY					
ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY CHILDHOOD EDUCATION DIVISION
CHILD PROTECTIVE SERVICES / AT RISK REFERRAL



Center Name : _____ Email: _____

Address: _____ Phone: (____)-____ Fax: (____)-____

CHILD SECTION

Child(ren) being referred for Early Childhood Education Services:

Child Name: _____ Child Name: _____

Birthdate: _____ Birthdate: _____

Living with: Parent / Guardian Name: _____

Is the child in an out-of-home placement? ☐ Yes ☐ No If yes, child is living with:

☐ Relative - relationship: _____ ☐ Foster Parent ☐ Other (*describe*) _____

Probable duration of services*: _____ Hours care needed: _____

**Not to exceed 12 months for child protective services or child at risk of abuse, neglect or exploitation*

DCFS REFERRAL SECTION *For use by Los Angeles County Department of Children and Family Services only*

- ☐ I certify that the child(ren) is receiving child protective services and child care and development services are a necessary component of the child protective services plan.
- ☐ I also certify that it is necessary to waive any family fee and income information will not be required from the family. Fee exemptions cannot be granted beyond 12 months regardless of whether the child continues to receive child protective services. The 12 month time limit is a cumulative total.
- ☐ If Early Childhood Education services have continued for 12 months, I certify that the family continues to receive child protective services and that child care and development services are part of the case plan.

DCFS Case Number: _____

DCFS Representative Name / Title _____ Signature _____ Date _____

Address: _____ Phone: _____ Email: _____

AT RISK REFERRAL SECTION *For use by all organizations/entities other than DCFS*

- ☐ I certify that I am a legally qualified professional from a legal, medical, social service agency, or emergency shelter and that child care services are required to reduce or eliminate the risk of abuse, neglect or exploitation of the child(ren). I understand that these services are **limited to 12 months**.
- ☐ I also certify that it is necessary to waive any family fee for the 12 months and income information will not be required from the family.

Referring Agency: _____ Case Number: _____

Referring Professional Name / Title _____ Signature _____ Date _____

Address: _____ Phone: _____ Email: _____



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles requiere de su permiso para reproducir por medios impresos, auditivos, visuales o electrónicos las actividades en las cuales su hijo(a) ha participado dentro de su programa educativo. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para: (1) preparar maestros y/o (2) aumentar la diseminación de información al público y promover la continuación y mejoramiento de los programas educativos mediante el uso de los medios masivos de comunicación, exhibidores, folletos, páginas web, redes sociales, foros web de diálogo (blogs) y publicaciones relacionadas con el distrito.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar - según lo desee - la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en diapositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como "Grabaciones"), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora

5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

**formulario aprobado por el
Despacho del asesor jurídico**

12. Escuela

Queda prohibido enmendar este formulario sin la autorización escrita tanto de la Oficina del Asesor Legal General como de la Oficina de Comunicación y Relaciones con Medios.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO			NOMBRE			INICIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		☐ Masc. ☐ Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA		
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número		CALLE			APT #		CIUDAD	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE			APT #		CIUDAD	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:				CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.						
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DOMICILIO – número		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo				
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.						
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:								
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:								
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): ☐ Sí ☐ No Parentesco con el alumno _____			Desplegado actualmente: ☐ YES ☐ NO Rama militar: _____ Estatus: ☐ Servicio Activo; ☐ Guardia; ☐ Reservas; ☐ Veterano; ☐ Occiso			
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA								
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad,								
(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)								
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.								
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".								
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) ☐ Sí ☐ No * Si respondió "Sí" Indique: ☐ Seguro médico Particular ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families								
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____								
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.								
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :								
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:								
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.								
X								
FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) ☐ PADRE ☐ TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)								
FECHA _____								

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido mayo 2014

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

El director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:

#	<u>Nombre</u>	<u>Parentezco</u>	<u>Tel. del Hogar</u>	<u>Tel. de Celular</u>	<u>Tel. del Trabajo</u>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

HAGO CONSTAR QUE LEI Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA
INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMAUARI ES VERIDICA Y CORRECTA.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA