

Orange Unified School District – State Preschool Pupil Registration Form – 2017-18

Grade: _____ Male: _____ Female: _____

Birth Date: _____ Birthplace: City, and State _____

_____, Yes, I elect to receive the Parent/Student Handbook and other documents electronically through Parent Portal eDocs program. I am aware this is a one-time consent and I can change my decision and start receiving these documents by mail at any time by contacting the school office.

FOR OFFICE USE ONLY

Please initial all completed items:

	Address Verification (Utility bill-Gas, Electric etc.)
	Residence Verification Form (If parent does not have Utility bill, etc.)
	Name Verification (Birth Certificate)
	Immunization Records
	Other Required Health Records Kinder & 1 st gr
	Transcripts or Report Cards
	Withdrawal Grades
	Special Ed-Current IEP & Psych Report
	504 Modification Plan
	Home Language Survey
	Emergency Card
	Inter District Transfer (Admin. Approved Form)
	Open Enrollment (Admin. Approved Form)
	Court Documents: Foster Care
	Court Documents: Custody Orders, Other
	Court Documents: Restraining Order
	AIR Online Registration Documents
	Administrative Placement by

School Enter Date/First Day of Attendance
Perm ID Number:
Cum Requested:

Legal Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____ AKA _____

Current Street Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Primary Phone Number: _____ E-Mail Address: _____ Parent Portal? Yes No

Student lives with: Father: _____ Step-Father: _____ SCS Approved Caregiver/Affidavit: _____
Mother: _____ Step-Mother: _____ Foster Group Home _____ Foster Parent: _____

Father:	Work Phone #:	Cell Phone #:
Mother:	Work Phone #:	Cell Phone #:
Step-Father:	Work Phone #:	Cell Phone #:
Step-Mother:	Work Phone #:	Cell Phone #:
Caregiver/Guardian:	Work Phone #:	Cell Phone #:

Please check the best description of the highest level of education for the parent/guardian with whom the student named above resides:

1. Not a high school graduate
2. High school graduate
3. Some college
4. College graduate
5. Graduate school/Postgraduate training
6. Decline to state

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION

Last School Attended: _____

School Address: _____

Withdrawal Date: _____ SSID Student ID Number: _____

Has your student ever been suspended or expelled? Yes No Date: _____

Programs in which student has been enrolled:

____ Special Education Services (IEP) _____ IEP for Speech / Hearing _____ 504 Modification _____ ELD _____ Honors/GATE _____ None

Has this student previously been enrolled in Orange Unified School District: Yes: _____ No: _____

If Yes, School Name: _____ Date last attended: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Parent ID (Calif. ID # or other): _____ Verified by: _____

Distrito Escolar Unificado de Orange – Preescolar del Estado

Forma de Registro del Alumno

2017 - 2018

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Alias
----------	---------------	----------------	-------

Dirección Actual	Zona Postal
Ciudad:	

Número de teléfono Primario:	Portal De Padres:
Correo Electrónico	

El estudiante vive con: Padre: _____ Madre: _____ SCS Aprueba el tutor: _____
 Casa hogar para niños: _____ Padres Foster: _____

Padre:	Teléfono de trabajo #:	Teléfono celular #:	
Madre:	Teléfono de trabajo #:	Teléfono celular #:	
Padrastra:	Teléfono de trabajo #:	Teléfono celular #:	
Madrastra:	Teléfono de trabajo #:	Teléfono celular #:	
Tutor:	Teléfono de trabajo #:	Teléfono celular #:	

Por favor indique el nivel de educación que tiene el padre, la madre ó tutor con el que vive el estudiante :

1. _____ No se graduó de la Escuela Secundaria
2. _____ Graduado de Escuela Secundaria
3. _____ Estudios Universitarios
4. _____ Tiene Título Universitario
5. _____ Tiene un Doctorado
6. _____ Se niega a decir

Por favor indique que clase de programa educativo especial su estudiante ha recibido o está recibiendo:

Servicios de Educación Especial (IEP) ___ Terapia de Lenguaje e Auditivo (IEP) ___ 504 ___ ELD ___ Clases de Honor ___ Ninguno

Escuela anterior/ Información del Estudiante:

Nombre de la Escuela: _____ Distrito Escolar de la Escuela y Ciudad: _____

Fecha en la que dejo de asistir : _____ FAX de la Escuela: _____

Ha sido alguna vez su hijo/hija suspendido o expulsado? Si ___ No ___ Fecha: _____

Ha sido su estudiante alguna vez matriculado en el Distrito Escolar Unificado de Orange: Si: ___ No: ___

Si, Nombre de la Escuela: _____ Fecha en la que asistió _____

Parent Signature _____ Date: _____

CA Driver License or ID # _____ Verified by: _____

Grado: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento: Ciudad y Estado

Si, Elijo recibir electrónicamente la boleta de calificaciones, el Manual para Padres/Alumnos y otros documentos por medio del Portal de Padres (eDocs). Yo sé que este consentimiento se da por una sola vez y que puedo cambiar mi decisión para recibir estos documentos por correo postal tan pronto como notifique a la escuela.

FOR OFFICE USE ONLY

Office Staff please initial all completed items

Address Verification

- Utility bill (Gas or Electric)
- Escrow papers or Lease Agreement
- Residence Verification Form-no parent Utility Bill

Name Verification (Birth Certificate)

Immunization Records Received

Immigrations Required for Kinder and First Grade:

Emergency Card Information

Health Inventory Form

Health - Over the Counter Form

Health Insurance Waiver

Home Language Survey

CELDT Scores - Yes or No (Please circle one)

Unofficial Transcripts - from previous school of attendance

Withdrawal Date and Grades

(Only during regular school year)

Test Scores

504 Modification

Parent Portal Form: Photo ID required to sign up

Special Education Documents

Current IEP & Psych Report

Caregiver Form - SCS Approved

Court Documents:

Custody, Restraining Order, Other

Foster Parent - Placement forms

Group Home Agency

Administrative Placement:

Open Enrollment- Principal Approved Form

Inter-district Transfer Form

AIR Online Registration Documents

Data Enter Date:

Perm ID Number:

First Date of Attendance:

Cum Requested: (Dates)

OUSD EMERGENCY INFORMATION

Name of School (This form shall be completed, returned to school, and updated when changes occur) Home Phone #
Student Name: Last Name First Name Middle Name Gender Grade Date of Birth
Address: Number Street Apt # City Zip Code Student Email Address

Please check appropriately: Enrollment is based on Student resides within this school Open enrollment Interdistrict transfer Other
This student resides with: Both parents Mother Father Natural parent/step-parent Caregiver Affidavit Restraining order on file Court orders on file

Please list below the name(s) of person(s) who may be contacted & to whom the student may be released. Students will not be released to other persons without parent permission:
Father/Guardian: Last Name First Name Employer Address Phone # Cell Phone #
Mother/Guardian: Last Name First Name Employer Address Phone # Cell Phone #
Email Address (Father/Guardian) Email Address (Mother/Guardian)

If the above person(s) cannot be reached, school personnel may contact and release your son/daughter to:
Relative/Friend: Last Name First Name Address Phone # Cell Phone #
Relative/Friend: Last Name First Name Address Phone # Cell Phone #

MILITARY CONNECTED FAMILY: In efforts to help address the needs and/or concerns of Military Connected Families, especially during the deployment period, please complete the following section: Has Mother, Father, or Legal Guardian served in the Military, including Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran? Check one: Yes No If yes, which parent or guardian? If yes, which Military Branch: Current status: Active Duty (full time) Guard Reserve Veteran Deceased

PRIMARY LANGUAGE: The "Primary Language" spoken at your home is:

NOTIFICATION OF RIGHTS: The district's "Parent/Student Handbook" contains several mandated communications notifying you of rights and privileges granted to students and parents/guardians through California State Codes and Federal Regulations. If you did not receive a "Parent/Student Handbook", they are available in the main office at your school site and on our district's website at www.orangeusd.org. The law requires that you be apprised of these rights annually and that you make written acknowledgment of this notification. Included in the Parent/Student Handbook are the grounds for suspension and expulsion, uniform complaint procedures, sexual harassment policy, Title IX Regulations and other important mandated information. Please sign below acknowledging that you have been informed of the fact that there are annual notifications and that they are being communicated through the "Parent/Student Handbook".

Parent/Guardian Signature: Date

Education Code 49408 requires parents/guardians to provide accurate emergency information and to keep emergency information up-to-date throughout the school year. If your family's emergency information needs to be updated, please check the appropriate box below:

New address New home phone number New cell phone numbers New work phone numbers New email address New emergency contact persons

EMERGENCY INSTRUCTIONS: In case of an emergency involving a community or school disaster, students will remain at school under supervision. If evacuation becomes necessary, Students will be transported as a group to a safe location. Individual students may be released to parents, others designed on this card, or in extreme emergency, to adults well-known to the student. When conditions in the community are considered safe, students will be released in the regular manner. Go to www.orangeusd.org for emergency information on the district's earthquake and emergency operations plan.

PHOTOGRAPH MEDIA RELEASE AND STUDENT PHOTOGRAPHS AND STATISTICS POSTINGS ON THE WEBSITE: In accordance with Board Policy 1113, OUSD has my permission to take photographs of my son/daughter and/or provide information pertaining to my son/daughter to be used for publicity purposes in various media, including school flyers, radio, television and newspapers. I realize that no commercial use will be made of the photographs or information. Additionally, if applicable, OUSD has my permission to post individual and team photographs and and/or provide student information on the school and OUSD web pages. Student information that will be posted on the Internet may consist of information such as first and last name, age, and athletic/league statistical information such as height, weight, batting average, individual track times, etc.

Yes No Parent/Guardian Signature: Date:

INTERNET RELEASE: The "Internet" is an important tool for today's educational programs. However, not all internet sites contain material that is appropriate. Therefore, the district requires that all students who will be using the district's internet services/electronic network comply with the terms and conditions of the "Electronic Network Obligations and Responsibilities/Acceptable Use Agreement". The terms of the agreement are located in the "Parent/Student Handbook". Please sign below indicating that your son/daughter will comply with the agreement permitting his/her use of the district's electronic network.

Yes No Parent/Guardian Signature: Date:

Should a serious illness or an accident occur and school personnel are unable to contact the parent(s)/guardian(s) and/or family physician, permission is hereby granted for medical care as required (the undersigned parent/guardian will assume responsibility for fees involved.). Yes No

Parent/Guardian Signature: Date:

Family Physician: Address: Phone #:

Family Dentist: Address: Phone #:

What health problems/allergies does this student have?

Table with 2 columns: Name of brother/sister, Name of school attending. Header: FOR EMERGENCY PURPOSES - PLEASE LIST BELOW THE NAMES OF SIBLINGS AND THEIR SCHOOL OF ATTENDANCE

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE IDENTIFICATION

Only those signatures listed below shall be recognized by school personnel in matters concerning absences, release (non-emergency) from school, request for information, etc. (actual authentic signature of the individual required.)

Signature: Parent/Guardian: Date:
Signature: Parent/Guardian: Date:

INFORMACION DE EMERGENCIA OUSD

Nombre de la Escuela _____ (Debe completar esta forma, regresaría a la escuela y avisar cuando haya cambios) _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Estudiante: _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Genero _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____
 Número _____ Calle _____ # de Dpto. _____ Ciudad _____ Zona Postal _____ E-mail _____

Por favor marque una: La inscripción está basada en: El estudiante vive en esta área Inscripción Abierta Transferencia Inter-distrital Otro

Este estudiante vive con: Los dos padres Madre Padre Padre Natural/Madrastra Cuidado por declaración oficial Orden de Restricción Orden de la Corte
 Por favor escriba los nombres de las personas a las que podemos llamar y que pueden recoger al estudiante. El estudiante no se entregará a personas que no estén autorizadas.

Padre/Tutor: _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Lugar de Trabajo _____ Dirección _____ # de Teléfono _____ # de Teléfono Celular _____

Madre/Tutora: _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Lugar de Trabajo _____ Dirección _____ # de Teléfono _____ # de Teléfono Celular _____

Email (Padre/Tutor) _____ Email (Madre/Tutora) _____

Si no podemos comunicarnos con las personas arriba mencionadas, el personal escolar puede llamar y entregar su hijo/a a:

Pariente/Amigo: _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Dirección _____ # de Teléfono _____ # de Teléfono Celular _____

Pariente/Amigo: _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Dirección _____ # de Teléfono _____ # de Teléfono Celular _____

CONEXION DE FAMILIAS MILITARES: En un esfuerzo por ayudar a resolver las necesidades/o preocupaciones de las familias militares, especialmente durante el tiempo de servicio, por favor complete la siguiente sección: ¿La Madre, Padre, o Tutor Legal han prestado sus servicios militares, incluyendo Servicio Activo, Guardia, Reserva o Veterano? Marque una: Si No
 ¿Cuál Padre o tutor? _____ ¿Qué Ramo Militar? _____ Estado Actual: Servicio Activo (tiempo completo) Guardia Reserva Veterano Fallecido

IDIOMA NATAL: El "Idioma Natal" que se habla en su casa es: _____

NOTIFICACION OF DERECHOS: El "Manual para Padres/Estudiantes" del distrito contiene varios estatutos informando sobre los derechos y privilegios concedidos a los estudiantes y padres/tutores a través de los Códigos Estatales y Regulaciones Federales. Si usted no recibe este manual, lo puede obtener en la oficina de su escuela y en la página de Internet del distrito: www.orangeusd.org. La ley requiere que usted esté al tanto de estos derechos y que anualmente verifique por escrito que los ha recibido. En el Manual para Padres/Estudiantes están incluidas las reglas referentes a suspensión y expulsión, los procedimientos de demandas uniformes, las pólizas sobre abuso sexual, Las Reglas de Título IX y otros estatutos importantes. Por favor firme abajo verificando que ha sido informado del hecho que existen notificaciones anuales y que estas se comunican a través del Manual para Padres/Estudiantes.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____

Código Educativo 49408 requiere que los padres/tutores provean información de emergencia correcta y mantengan esta información actualizada durante el año escolar. Si necesita actualizar su información de emergencia, por favor marque la caja apropiada.

Nueva Dirección Nuevo número de teléfono Nuevo número celular Nuevo número de trabajo Nuevo correo electrónico Nueva persona de contacto de emergencia

INSTRUCCIONES DE EMERGENCIA: En caso de una emergencia relacionada con un desastre en la comunidad o en la escuela, los estudiantes permanecerán bajo supervisión escolar. Si es necesaria una evacuación, los estudiantes serán transportados en grupo a un lugar seguro. Cada estudiante será entregado a sus padres, o a la persona designada en esta tarjeta, o en caso de una emergencia extrema a un adulto bien conocido por el estudiante. Cuando las condiciones en la comunidad se consideren seguras, los estudiantes se entregarán de manera regular. Revise la página de Internet: www.orangeusd.org para información sobre terremotos y sobre el plan de operaciones de emergencia del distrito

AVISO SOBRE FOTOGRAFIAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION Y FOTOGRAFIAS Y ESTADISTICAS EN LA PAGINA DE INTERNET: De acuerdo con la Póliza de la Mesa Directiva 1113, OUSD tiene mi permiso para tomar fotografías de mi hijo/a y/o proveer información perteneciente a mi hijo/a para usarla con propósitos de publicidad en diferentes medios de comunicación, incluyendo, folletos escolares, radio, televisión y periódicos. Yo entiendo que ni las fotografías ni la información se usarán con fines comerciales. Si es necesario, también doy mi permiso que se usen fotografías individuales o de equipo y/o se provea información en la página de Internet del distrito. La información que se use en la Internet puede incluir información tal como primer nombre y apellido, edad, equipo, información estadística como la altura, el peso, tiempo promedio de bateo, tiempo en la carrera, etc.

Si No Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

AVISO SOBRE LA INTERNET: La "Internet" se ha convertido en una herramienta importante para los programas educativos. Sin embargo, no todos los sitios contienen materiales apropiados. Por lo tanto, el distrito requiere que todos los estudiantes que usan los servicios/ red electrónica cumplan con los términos y condiciones estipulados en el "Electronic Network Obligations and Responsibilities/Acceptable Use Agreement". Estos términos están estipulados en el "Manual para Padres/Estudiantes". Por favor firme abajo indicando que su hijo/a cumplirá con el acuerdo permitiéndole el uso de la red electrónica del distrito.

Si No Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

En caso que ocurra una enfermedad grave o un accidente y el personal escolar no pueda comunicarse con los padres/tutores o el doctor familiar, doy mi permiso para que reciba el cuidado médico necesario (el padre/tutor que ha firmado abajo asume la responsabilidad financiera que origine el tratamiento médico). Si No

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Doctor Familiar: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Dentista Familiar: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Qué problemas de salud/alergias tienes el estudiante?

EN CASO DE EMERGENCIA – POR FAVOR ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS HERMANOS/AS Y EL NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTEN			
Nombre del hermano/a:			
Nombre de la escuela:			

PADRE/TUTOR VERIFICACION DE FIRMA

Sólo las firmas indicadas abajo serán reconocidas por el personal escolar con relación a faltas escolares, salidas temprano (no emergencia) solicitar información, etc. (se requiere la firma auténtica de cada persona)

Firma: _____ Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.

Licensing Office Name: Community Care Licensing

Licensing Office Address: 750 The City Drive, Suite 250, Orange, CA 92868

Licensing Office Telephone #: 714-703-2800

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of _____, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

CAMBRIDGE PRESCHOOL

Name of Child Care Center

Signature (Parent/Authorized Representative)

Date

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to www.meganslaw.ca.gov

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:	Community Care Licensing
Dirección de la oficina de licenciamiento:	750 The City Drive, Suite 250. Orange, CA 92868
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento:	714-703-2800

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. Dete 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.

CAMBRIDGE PRESCHOOL

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

PERSONAL RIGHTS

Child Care Centers

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
 - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
 - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
 - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
 - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
 - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
 - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

NAME

Community Care Licensing

ADDRESS

750 The City Drive, Suite 250

CITY

Orange

ZIP CODE

92868

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

714-703-2800

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

PLACE IN CHILD'S FILE

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

Cambridge Preschool

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

425 N Cambridge St. Orange, CA 92866

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

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

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

750 The City Drive, Suite 250

CIUDAD

Orange

CÓDIGO POSTAL

92868

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

714-703-2800

SEPRE 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)

Cambridge Preschool

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

425 N Cambridge St. Orange, CA 92866

(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)

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

CAMBRIDGE PRESCHOOL _____ TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

_____, THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD
NAMED ABOVE.

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

DATE

PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

HOME ADDRESS

HOME PHONE

()

WORK PHONE

()



ORANGE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
STATE PRESCHOOL

**AUTHORIZATION FORM
2017-2018**

For your child's safety, your child can only be allowed to leave the program with:

- (1) You (the person enrolling the child);
- (2) Persons you have listed below (must be 18 years of age or older and they must show identification);
- (3) A person not listed below in an emergency, when:
 - (a) you have notified the preschool program of the person's name to release your child to, and/or
 - (b) you send a signed and dated note with that person authorizing the release of the child

My child, _____ may leave the preschool program with the following people:

Name	Home Phone	Work Phone	Relationship To Child
1.			
2.			
3.			
4.			

Signature of Parent/Guardian

Date

ANY CHANGES TO THIS LIST MUST BE RECEIVED IN WRITING



ORANGE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
STATE PRESCHOOL

**FORMA DE AUTORIZACION
2017-2018**

Para la seguridad de su niño, su niño sólo puede ser permitido dejar el programa con:

- (1) Usted (la persona que registró el niño(a));
- (2) Personas que usted ha escrito abajo (deben ser 18 años de edad o mayor y tienen que mostrar su identificación);
- (3) Una persona que no está escrito abajo, solamente en una emergencia, cuando:
 - (a) Ud. ha notificado el programa pre-escolar del nombre de la persona que va a recoger a su niño(a), y/o
 - (b) Ud. envía una nota firmado y con la fecha que dice que esa persona que está autorizada puede recoger a su niño(a).

Mi hijo(a), _____ puede dejar el programa pre-escolar con las siguientes personas:

Nombre:	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Parentesco con el Niño(a)
1.			
2.			
3.			
4.			

Firma del Padre/Tutor

Fecha

CUALQUIER CAMBIO A ESTA LISTA DEBE SER RECIBIDO POR ESCRITO



STATE PRESCHOOL PROGRAMS
Statement of Good Health
(for Volunteers)

To Whom It May Concern:

I _____ (your name) declare that I am in good health. I have also had a negative TB test within the last year and have provided Orange Unified School District with a copy of the negative results, along with proof of Measles, Pertussis and Influenza.

Signature

Date



Declaración de Buena Salud
(Voluntarios)

A quien pueda interesar:

Yo _____ (su nombre) declaro que estoy en buen estado de salud. También he hecho una prueba de tuberculosis en el último año, con un resultado "negativo". Entregué al Distrito Escolar Unificado de Orange una copia de los resultados negativos junto con comprobante del Sarampión, Tos ferina e Influenza.

Signature

Date



Immunizations for Volunteers/Vacunas para Voluntarios

Dear Licensed Physician:

Commencing September 1, 2016 California State law requires that any person employed or who volunteers at a Preschool must be immunized against influenza, pertussis, and measles. In addition, all volunteers must have a recent negative TB test (within 1 year).

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING

MEASLES: Vaccination Date : _____ or Immunity to: Measles (licensed physician must provide written statement declaring that the person has evidence of current immunity) **Attach to this form**

PERTUSSIS: Vaccination Date : _____ or Immunity to: Pertussis (licensed physician must provide written statement declaring that the person has evidence of current immunity) **Attach to this form**

INFLUENZA: Vaccination Date : _____ (vaccination between August 1 and December 1 of each year)

or

Person provides a written declaration declining the influenza vaccination (ONLY applies to the influenza vaccination) **Attach to this form**

TUBERCULOSIS: Date TB test was read: _____ Result was: negative positive *If TB test was positive, date that chest x-ray was read: _____ Result was: negative positive*

EXEMPTIONS:

1. Must have a written statement from a licensed physician declaring that due to the person's physical condition or medical circumstances, immunization is not safe. **(attach to this form)**
2. Must have a written statement from a licensed physician that the person has evidence of current immunity to the diseases described above. **(attach to this form)**
3. The employee or volunteer submits a written declaration that he or she has declined the influenza vaccination. This ONLY applies to the influenza vaccination. **(attach to this form)**

**HAVE PATIENT RETURN THIS FORM AND ANY ATTACHMENTS TO:
THE EARLY LEARNING CENTER – 2345 E. PALMYRA, ORANGE, CA 92869**

PRINTED Patient Name: _____

Date of Birth: _____

DATE: _____

Physican's PRINTED Name

Physician's Signature



Office Stamp

CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT

CHILD'S NAME	SEX	BIRTH DATE
FATHER'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	DOES FATHER/FATHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
MOTHER'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	DOES MOTHER/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN?	DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION	

DEVELOPMENTAL HISTORY (*For infants and preschool-age children only)

WALKED AT*	MONTHS	BEGAN TALKING AT*	MONTHS	TOILET TRAINING STARTED AT*	MONTHS
------------	--------	-------------------	--------	-----------------------------	--------

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

	DATES		DATES		DATES
<input type="checkbox"/> Chicken Pox		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Epilepsy		<input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever		<input type="checkbox"/> Whooping cough		<input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Hay Fever		<input type="checkbox"/> Mumps			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HOW MANY IN LAST YEAR?	LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF
--	------------------------	---

DAILY ROUTINES (*For infants and preschool-age children only)

WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*	WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?*	DOES CHILD SLEEP WELL?*
DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*	WHEN?*	HOW LONG?*
DIET PATTERN: (What does child usually eat for these meals?)	BREAKFAST	WHAT ARE USUAL EATING HOURS?
	LUNCH	BREAKFAST
	DINNER	LUNCH
		DINNER

ANY FOOD DISLIKES?	ANY EATING PROBLEMS?
--------------------	----------------------

IS CHILD TOILET TRAINED?*	IF YES, AT WHAT STAGE?*	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*	WHAT IS USUAL TIME?*
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*		WORD USED FOR URINATION*	

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE?	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)?	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S):	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME?	IF YES, WHAT KIND:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

PARENT'S SIGNATURE

DATE

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	EMPEZO A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

FECHAS	FECHAS	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomielitis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Paperas	

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

RUTINA DIARIA (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO ALMUERZO CENA

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?

¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA URINA?*		

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA

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)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (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.

Child's First and Last Name: _____ Date of Birth: _____ Phone #: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Name of School: _____ Preschool Teacher: _____

Parent permission is required to receive free health screenings. Mark **Yes** and **sign** below to give permission for each screening:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Hearing Screening |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vision Screening |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dental Screening |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Growth and Nutrition Screening (Height, Weight) |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Developmental Screening |



- I give permission for my child to participate in the free School Readiness Health Screenings during _____ class time at my child's preschool.
- I give authorization to release health screening results between School Readiness Nurses and OUSD staff on a need to know basis during the current school year.
- I understand that these services are provided as a basic health screening only and do not replace your child's recommended visits with a Healthcare Provider.
- I understand the results generated from these screenings are professional suggestions only.
- I understand that I will be provided written results at the completion of all consented health screenings.

X

Parent Signature

Print Parent Name

Date

Medical Health

- Yes No 1. Do you have medical insurance for your child?
If yes: Medi-cal California Kids Kaiser Other
- Yes No 2. Has your child been seen by a doctor or at a clinic for a *health* check-up within the last year?
If yes: Name of child's doctor/clinic _____ Date of last visit _____
- Yes No 3. Does your child have any current health conditions or allergies (acute or chronic)?
If yes: Please list condition(s) _____ Medication(s)? _____ Allergies? _____

Dental Health

- Yes No 1. Do you have dental insurance for your child?
If yes: Medi-cal California Kids Kaiser Other
- Yes No 2. Has your child been seen by a dentist for a *dental* check-up within the last year?
If yes: Name of child's dentist/clinic _____ Date of last visit _____
- Yes No 3. Does your child brush his/her teeth two or more times a day?
- Yes No 4. Does your child have spotted, broken, or missing teeth?

Hearing and Vision

- Yes No 1. Does your preschooler use four- to six-word sentences?
- Yes No 2. Does your preschooler speak so that he or she can be understood *most* of the time?
- Yes No 3. Does your preschooler currently wear corrective lenses?
- Yes No 4. Does your preschooler have one eye that appears crossed or does not line up properly?
- Yes No 5. Does your preschooler squint, tilt or turn head in a certain position when looking at an object?

Growth and Nutrition (Height and Weight)

- Yes No 1. Does your child eat five or more servings of fruits and vegetables each day?
- Yes No 2. Is your child offered and does he/she eat a healthy breakfast in the morning?
- Yes No 3. Does your child watch TV more than two hours a day?
- Yes No 4. Is your child physically active for a total of 60 minutes or more each day?
- Yes No 5. Are you concerned that your child may be too **thin** or too **heavy** for his/her age? (Please circle one)

Developmental

- Yes No 1. Do you feel that your child's growth and development is normal?
- Yes No 2. Have you observed your child having difficulty doing things expected for his/her age?
If yes, please explain _____

Please return this signed and completed form to your child's preschool teacher.

Questions? Call the School Readiness Nurse at (714) 628-4435

This program is funded by the Children and Families Commission of Orange County

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Escuela: _____ Maestra de preescolar: _____ Salón: _____

El permiso de los padres es necesario para la evaluación de salud gratis. Marque Sí y firme abajo para dar su permiso para cada evaluación:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Evaluación Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Evaluación de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Examen Dental |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Chequeo del Crecimiento y Nutrición (Peso, Altura) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Chequeo del Desarrollo |



- Yo doy permiso para mi niño(a) participe en el programa del School Readiness de Evaluación de Salud durante el tiempo de clase en las escuela preescolar.
- Por este medio autorizo la revelación de los resultados de la evaluación de salud entre las enfermeras de School Readiness y el OUSD en una necesidad de saber durante el año escolar.
- Comprendo que estos servicios son proporcionados como una evaluación básica de salud y no reemplazan las visitas recomendadas de niño(a) con el doctor o clínica.
- Comprendo que los resultados son recomendaciones profesionales solamente.
- Comprendo que será proporcionado resultados escritos de todas las evaluaciones de la salud.

X

Firma del Padre/Madre

Nombre del Padre/Madre

Fecha

Salud General

- Sí No 1. ¿Está su niño actualmente cubierto por un seguro medico?
 Medi-cal California Kids Kaiser Otro
- Sí No 2. ¿Ha ido su niño al doctor o a una clínica para un examen físico durante el año pasado?
 Si la respuesta es sí, nombre el doctor o clínica de su niño _____ Fecha de la última visita _____
- Sí No 3. ¿Su niño tiene alguna condición medica o alergias (agudo o crónico)?
 Si la respuesta es sí, por favor enumere _____ Medicamento? _____ Alergias? _____

Salud Dental

- Sí No 1. ¿Está su niño actualmente cubierto por un seguro dental?
 Medi-cal California Kids Kaiser Otro
- Sí No 2. ¿Ha ido su niño a un dentista para un examen dental durante año pasado?
 Si la respuesta es sí, nombre del dentista o clínica de su niño _____ Fecha de la última visita _____
- Sí No 3. ¿Se cepilla su niño los dientes dos o mas veces al día?
- Sí No 4. ¿Tiene su niño manchas en los dientes, dientes rotos o le faltan dientes?

Audición y Visión

- Sí No 1. ¿Utiliza su niño de preescolar de cuatro a seis palabras en una oración?
- Sí No 2. ¿Habla su niño de preescolar de manera que pueda ser entendido la mayoría del tiempo?
- Sí No 3. ¿Usa su niño de preescolar gafas o lentes correctivos?
- Sí No 4. ¿Tiene su niño de preescolar un ojo bizco o no está alineado correctamente?
- Sí No 5. ¿Su niño de preescolar entrecierra sus ojos, o voltea su cabeza de cierta manera cuando mira a un objeto?

Crecimiento y Nutrición (Peso y Altura)

- Sí No 1. ¿Come su niño cinco o mas porciones de frutas y vegetales al día?
- Sí No 2. ¿Le ofrece a su niño y come él/ella un desayuno sano por la mañana?
- Sí No 3. ¿Ve su niño la televisión más de dos horas al día?
- Sí No 4. ¿Esta su niño físicamente activo por un total de 60 minutos o más cada día?
- Sí No 5. ¿Esta preocupada porque su hijo/a esta **delgado** o **sobre peso**? (Circulo uno)

El Desarrollo

- Sí No 1. ¿Piensa usted que el crecimiento y desarrollo de su niño son normales?
- Sí No 2. ¿Ha observado usted si su niño tiene dificultad en hacer cosas de acuerdo a su edad?

Complete y firme esta forma. Favor de entregar esta forma a su maestra preescolar.

¿Preguntas? Llame a la oficina de la enfermera de School Readiness (714) 628-4435

Este programa es financiado por La Comisión de Niños y Familias del Condado de Orange



Orange Unified School District

State Preschool

Student Demographic Update

Actualización de información demográfica estudiantil

To be completed by the parent or guardian Para que lo llene el padre, madre o tutor

Office use only / Para uso oficial:

School: _____

Teacher: _____

Student I.D. No: _____

Birth Verif. BC BR HC PC Aff

Imm'Doc Bap/C Undoc Other

New Student? Yes / No Sí No

¿Es alumno nuevo? Sí No

Has student attended a school in Orange Unified School District? Yes / No

¿Ha estado antes en una escuela de Distrito Escolar Unificado de Orange? Sí No

Student's LEGAL Name: / Nombre LEGAL del alumno/a:

Last Name / Apellido paterno	First Name / Primer nombre	Middle Name / Segundo nombre	Sex / Sexo	Grade / Grado	Birth Date / Fecha de nacimiento

Residence Address / Domicilio de la Residencia

City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal

Mailing Address (IF DIFFERENT) / Dirección Postal (SI ES DIFERENTE)

City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal

Parent, Guardian 1: / Padre, madre o tutor Legal 1:

Last Name / Apellido paterno	First Name / Primer nombre	Middle Name / Segundo nombre	Relationship / Parentesco	Home Phone / Teléfono de domicilio	Work Phone / Teléfono de trabajo	Cell Phone / Teléfono celular

Parent, Guardian 2: / Padre, madre o tutor Legal 2:

Last Name / Apellido paterno	First Name / Primer nombre	Middle Name / Segundo nombre	Relationship / Parentesco	Home Phone / Teléfono de domicilio	Work Phone / Teléfono de trabajo	Cell Phone / Teléfono celular

Email Address / Correo electrónico (myemail@example.net)

Parent Education Level / Nivel de Educación de los Padres

Please place a check mark on the highest level of education completed by student's parents / Por favor marque el nivel más alto de estudios que terminaron los padres del alumno

- Not a high school graduate / No es graduado de la escuela preparatoria (grado 12)
- High school graduate / Graduado de la escuela preparatoria o equivalente (grado 12)
- Some college (includes AA degree) / Algo de universidad (menos de 4 años)
- College graduate / Graduado de la universidad (4 años)
- Graduate school/post graduate training / Escuela de postgrados/entrenamiento de postgrados (4 años de universidad o más)

Ethnicity: Mark the ethnicity with which the student most closely identifies: Please check one:

Grupo Étnico: Marque el grupo étnico con el que mejor se identifica el alumno: Por favor marque uno:

- Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race) / Hispano/Latino (Una persona de cultura Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, Sud- o Centroamericana, u otra cultura u origen Hispano, sin importar la raza)
- Not Hispanic or Latino / No Hispano o Latino

What is your child's race? : (Please check up to five racial categories) The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be.

¿Cuál es la raza de su hijo?: (Por favor marque hasta cinco categorías raciales) La parte anterior de la pregunta es acerca de grupo étnico, no raza. Sin importar lo que seleccionó arriba, por favor conteste lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es su raza

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (100) (Person having origins in any of the original people of North and South America (including Central America) / Nativo Americano o Nativo de Alaska (100) (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (que incluye Centroamérica) | <input type="checkbox"/> Chinese(201) / Chino(201) | <input type="checkbox"/> Hawaiian(301) / Hawaiano(301) | <input type="checkbox"/> White (700) (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East) / Blanco (700) (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o el Oriente Medio) |
| <input type="checkbox"/> Japanese(202) / Japonés(202) | <input type="checkbox"/> Korean(203) / Coreano(203) | <input type="checkbox"/> Guamanian(302) /Guamano(302) | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese (204) / Vietnamita(204) | <input type="checkbox"/> Asian Indian(205) / Indio Asiático(205) | <input type="checkbox"/> Samoan 303) / Samoano(303) | |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian(205) / Indio Asiático(205) | <input type="checkbox"/> Laotian (206) / Laosiano(206) | <input type="checkbox"/> Tahitian(304) / Tahitiano(304) | |
| <input type="checkbox"/> Cambodian(207) / Camboyano(207) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) / Hmong(208) | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander(399) / Otro Isleño del Pacífico(399) | |
| <input type="checkbox"/> Other Asian(299) / Otro Asiático(299) | <input type="checkbox"/> African American or Black(600) / Africanoamericano o Negro(600) | | |

Must answer both questions / Debe contestar ambas preguntas

Preferred language for correspondence and phone messages?
¿Idioma preferido para la correspondencia y mensajes de Teléfono?

English
Español

Other (please specify):

Student's birthplace. / Lugar de nacimiento del alumno.

City / Ciudad: _____ State / Estado _____ Country / País _____

If not born in the U.S., what month/day/year did your child enter U.S.? /
¿Si no nació en los E.U., ¿en qué mes/día/año ingresó su hijo(a) E.U.?

What month/day/year did your child first enroll in a U.S. school? /
¿En qué mes/día/año se inscribió su hijo(a) por primera vez en una escuela en Estados Unidos?

What month/day/year did your child first enroll in a California School? /
¿En qué mes/día/año se inscribió su hijo(a) por primera vez en una Escuela de California?

Name of Last School Attended: / Nombre de la última escuela a la que asistió: _____
City / Ciudad: _____ State / Estado: _____

Military Information: Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, Reserves /
Información militar: El Ejército, Fuerzas Armadas, Fuerza Aérea, La Marina, Guardacostas, Reserva

Please circle all that apply
Marque todo lo que corresponda

Is a parent currently in the military? / ¿Está alguno de los padres actualmente en las fuerzas armadas?	Yes/Sí	No	Veteran? / ¿Veterano?	Yes/Sí	No
Is a sibling currently in the military? / ¿Está algún hermano actualmente en las fuerzas armadas?	Yes/Sí	No	Veteran? / ¿Veterano?	Yes/Sí	No

RESIDENCE – Where is your child/family currently living? (Federally mandated by ESEA) / **RESIDENCIA** - ¿Dónde vive actualmente el niño(a)/la familia?
(Requerido por ESEA) **Please check appropriate box / Favor de marcar la casilla adecuada**

<input type="checkbox"/> In a single family residence (house, apartment, condo, mobile home) / En una casa unifamiliar (casa, departamento, condominio, casa móvil)	<input type="checkbox"/> Unsheltered (car/campsite) / Expuesto (auto/lugar de campamento)
<input type="checkbox"/> Lacks a fixed, regular or adequate night time residence and is: Doubled-up sharing housing with other families/individuals due to economic hardship, loss, or other reasons. If so is your name on the Rental Agreement? / <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In a shelter or transitional housing program / En un programa de albergue o de vivienda de transición
Carece de una residencia nocturna fija, regular o adecuada, y: Comparte la vivienda con otras familias / individuos debido a dificultades económicas, pérdida u otras razones. Si es así, ¿Está su nombre en el Contrato de Renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In a motel/hotel / En un motel/hotel
	<input type="checkbox"/> Other / Otro _____

Has your child received **special services**? / ¿Su hijo(a) ha recibido **servicios especiales**? Yes/Sí No

If YES, please check all boxes that apply. / En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan.

Special Ed. / Educación Especial 504 Accommodation Plan / Plan de modificaciones 504 Gifted (GATE) / Dotados y Talentosos Other / Otro: _____

Has the student been expelled or is the student in the process of being expelled from any school? Yes/Sí No
¿Ha sido expulsado el alumno o está en proceso de ser expulsado de alguna escuela?

If YES, name of school: / Si es sí, nombre de la escuela: _____ Date: / Fecha: ____ / ____ / ____

Name of school district: / Nombre del distrito escolar: _____ State: / Estado: _____

I/We have reviewed this document and to the best of my/our knowledge, the information contained herein is true and complete. The undersigned declares under penalty of perjury that they are the parents or legal guardians of the above-named student and grant the above authorizations.

He/Hemos repasado este documento y, a mi/nuestro mejor saber y entender, la información que contiene es verdadera y completa. Yo, el que suscribe, declaro sobre pena de perjurio que soy el padre, madre o tutor legal del alumno antes mencionado, y otorgo las autorizaciones mencionadas.

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____
Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____



ORANGE UNIFIED SCHOOL DISTRICT STATE PRESCHOOL PROGRAM

Admissions Agreement / Contract *Acuerdo de Admisión / Contrato*

This agreement is between the parent and the OUSD School Readiness Preschool Program. Licensing guidelines require us to have an Admission Agreement/Contract with our parents. In order to ensure that parents clearly understand the policies and procedures of the Orange Unified School District School Readiness Preschool Program, we ask that you review and initial the following important items. Please review the State Preschool Parent Handbook for additional Policies and Procedures.

Este acuerdo es entre el padre y el Programa de Preparación para la Escuela Pre-escolar de OUSD. La oficina de licenciamiento nos obliga a tener un contrato con nuestros padres. Es necesario que entienda claramente las pólizas y procedimientos del programa pre-escolar estatal de OUSD. Por favor revise el manual de Padres del Prescolar del Estado sobre pólizas y procedimientos adicionales. Le pedimos que revise y ponga sus iniciales en los siguientes puntos importantes.

1. Registration/Registración

Required forms and immunization records must be complete and on file in the preschool office before a child can be admitted into the program as required by the California Code of Regulations and District Policy.

Los formularios requeridos y los registros de vacunación deben ser completos y archivados en la oficina pre-escolar antes de que el niño pueda ser admitido en el programa como lo exige el Código de Regulaciones de California y las pólizas del distrito.

2. Reporting Changes in Student Information/ Reporta Cambios de Información del Estudiante

Parent/guardian must immediately report all changes in home address, home, work, cell, and numbers. Emergency contacts and emergency numbers need to be updated with any changes as well.

Padre / tutor debe informar inmediatamente todos los cambios de domicilio, casa, trabajo, celular y números. Contactos de emergencia y los números de emergencia deben estar al día con los cambios también.

3. Holidays and Vacations/ Días Feriados y Vacaciones

The preschool will follow the same calendar as the OUSD student calendar.

El pre-escolar seguirá el mismo calendario que el calendario estudiantil de OUSD.

4. Sign In and Out Sheet Procedures/ Procedimientos de Entrada y Salida

A parent or authorized adult must sign students in when they arrive and out when the students are picked up. Authorized adults (18 years or older) other than the parent must be listed on the child's emergency card or authorization form on file in the classroom in order to pick up the child from school. The child will not be released to a person whose name is not on the emergency card at any time, unless we are notified by you in writing.

Un adulto, padre u otro adulto autorizado debe firmar del libro de firmas en cuando el estudiante llega y también cuando salga. Adultos autorizados (18 años o mayor) que no sean los padres deben estar inscritos en la tarjeta de personas autorizadas del niño para poder recoger el niño de la escuela. Los niños no se pueden salir con alguien que no está anotado en la forma de autorizados o tarjeta de emergencias a menos que se nos notifique usted por escrito.

5. Children's Files /Archivo de los Niños

All information in the children's files is confidential and will not be released without the parent's permission.

Toda la información en los archivos de los niños es confidencial y no será divulgada sin el permiso de los padres.

___6. Parent/Guardian Participation in Preschool/Participación de los Padres en el Programa Pre-escolar

Parents and family members (18 years of age or older) are required to volunteer in the classroom at least once a month. If this is not possible due to work schedules, parents can make arrangements with their child's teacher to volunteer in another capacity (e.g., helping cut out shapes for classroom activities at home etc.). Each family volunteer must have on file at the office a negative TB test/chest x-ray result, a statement of good health and proof of measles, pertussis and influenza vaccination. We encourage moms, dads, grandparents and caregivers to volunteer.

Los padres y miembros de la familia (18 años de edad o mayor) tienen que ser voluntarios en el salón al menos una vez al mes. Si esto no es posible debido a los horarios de trabajo, los padres pueden hacer arreglos con la maestra de su hijo para ser voluntario en otra capacidad (por ejemplo, ayudando a cortar las formas de actividades en casa, etc.) Cada voluntario de familia debe tener en archivo una prueba de la tuberculosis negativa o radiografía, una forma de salud firmada y comprobante de sarampión, tos ferina e influenza. Animamos a madres, padres, tutores, abuelos, etc. a ser voluntarios.

___7. Parent/Child Read Time/Tiempo de Leer de Padres e Hijos

Every Friday, parents will have the opportunity to work with their child for the first 15 minutes on early literacy activities. *Cada viernes los padres tendrán la oportunidad de trabajar con su hijo durante los primeros 15 minutos en actividades de alfabetización temprana.*

___8. Parent Advisory Committee/ Comité Asesor de Padres

All parents are invited to participate in the Parent Advisory Committee for the Orange Unified School District, State Preschool Program. The committee meets 3 times per year at the Early Learning Center.

Todos los padres están invitados a participar en el Comité Asesor de Padres para el Programa Estatal Pres-escolar de OUSD. El comité se reúne tres veces al año en el Centro de Aprendizaje Temprano.

___9. Sick Children/Niños Enfermos

Keep children home when experiencing one or more of the following symptoms: Fever, diarrhea, or vomiting within the previous 24-hour period. Children too sick to participate in the entire program, including outdoor gross motor time, will need to be kept at home. Notify your teacher of your child's absence immediately.

Mantenga los niños en casa cuando tienen uno o más de los siguientes síntomas: fiebre, diarrea, vómitos en el anterior período de 24 horas. Los niños demasiado enfermos para participar en el programa, incluido el tiempo al aire libre motricidad gruesa, tendrán que quedarse en casa. Notifique a su maestra de la ausencia de su hijo inmediatamente.

___10. Attendance/Asistencia

Children should maintain regular attendance in order to fully benefit from the learning program. If your child has more than (10) unexcused absences, we reserve the right to discontinue your child's participation.

Los niños deben asistir a la escuela regularmente a fin de beneficiarse del programa de aprendizaje. Si su hijo tiene más de (10) ausencias sin excusa, nos reservamos el derecho de suspender la participación de su hijo.

___11. Discontinuation of Services/Terminación de los Servicios

If a parent chooses not to adhere to the Administration Agreement/Contract, we will make every effort to work with you to resolve the situation. It is our goal that all children remain in the program until they reach kindergarten age. We reserve the right to discontinue preschool services if the parent continues to violate this agreement.

Si los padres deciden no adherirse al Acuerdo de Administración / Contrato, haremos todo lo posible para trabajar con usted para resolver la situación. Nuestro objetivo es que todos los niños permanezcan en el programa hasta que alcanzan la edad de kindergarten. Nos reservamos el derecho de discontinuar los servicios preescolares si el padre sigue violando este acuerdo.

Please Answer/Responde Por Favor

Do you give OUSD permission to photograph your child for school, classroom and District events, and OUSD website?
¿Ud. autoriza a OUSD a fotografiar a su hijo/a para eventos de la escuela, salón y Distrito y página internet de OUSD?

Yes(Si) No(No)

I have read and understand all policies and procedures of this contract.
Yo he leído y entendido todas las pólizas y procedimientos del contrato.

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor

Date
Fecha

Signature of School Readiness Representative
Firma del Representante del Programa

Date
Fecha

**Child Care Data Collection
Privacy Notice and Consent Form**

The United States Department of Health and Human Services (HHS) is gathering information about families who receive child care assistance. The information will be reported to the California Department of Education (CDE) and then to HHS. The information will be used for research on the status of child care in the United States and will provide valuable data to persons developing child care programs and policies at the state, local, and national levels.

All the information HHS receives about your family and other families will be summed up and reported to Congress every two years. No person or family will be individually identified in reports made to Congress, the Legislature, other governmental agencies, or the public.

To ensure that children and families receiving child care services are counted only once, HHS and CDE are requesting the Social Security Number of the head of the family unit receiving child care assistance. If you do not wish to give your Social Security Number for this purpose, you may still receive child care assistance. Social Security Numbers will help CDE meet HHS reporting requests and state requirements for program statistics. Authority to ask for your Social Security Number for this purpose is stated in Section 98.71(a)(13) of *Title 45 of the Code of Federal Regulations, Education Code* Section 8261.5, and Section 18070 of *Title 5 of the California Code of Regulations*. Your decision to provide your Social Security Number is voluntary.

I have been informed of the way my Social Security Number will be used. I understand that if I do not wish to give my number, I can still receive child care assistance.

- YES, my Social Security Number may be used: _____ - _____ - _____
- NO, I do not wish to give my Social Security Number for this purpose.

Signature of the Head of Household

Date

Type or Print Name

You have the right to access records containing your personal information. For information about this system of records, contact the California Department of Education, Child Development Division, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814; telephone (916) 445-1907.

**Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45 del Código de Regulaciones Federales*, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5 del Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social. Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

Sí, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

Firma del jefe o jefa de familia

Fecha

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

Usted tiene derecho a acceder a los registros que contengan su información personal. Para obtener más información sobre este sistema de registros, comuníquese con la División de Desarrollo Infantil del Departamento de Educación de California, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814; teléfono (916) 445-1907

Confidential Application for Child Development Services and Certification of Eligibility

Form CD 9600, Page 1, (REV 10/16)

Agency Name: _____
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
Type of Application: (Check one) <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Recertification

Note: State regulations require a formal application and certification for child development services. You will receive written notice of your eligibility no later than 30 days from the date of your signature on this form. Eligibility is determined on the basis of need for child development services and either CalWORKs status or adjusted gross monthly income in relation to family size. This form must be completed by an agency representative in consultation with the family. Refer to the instructions for the completion of this form.

Section I. Family Identification. If you are a single parent/caretaker, check this box: <input type="checkbox"/> See Instructions, Section I.				
Name of parent/caretaker (full name, including middle initial) A	Social Security Number - parent A* (See instructions.)	Gender	Phone no. (home)	Phone no. (work/school)
Name of parent/caretaker (full name, including middle initial) B		Gender	Phone no. (home)	Phone no. (work/school)
Street address	City	State	Zip	FIPS code <i>06059</i>

Section II. Family Eligibility and Reason for Needing Service

A. Family Eligibility Status (Check as many as apply.)

<input type="checkbox"/> Protective Services	<input type="checkbox"/> Current Aid Recipient	<input type="checkbox"/> Income Eligible	<input type="checkbox"/> Homeless	<input type="checkbox"/> Programs for the severely handicapped
--	--	--	-----------------------------------	--

B. Reason for Needing Service. Indicate all the reasons for needing care for each adult listed above. Enter "A" or "B" referring to parent/caretaker listed above. Attach documentation. (This section does not apply to part-day state preschool programs or programs for severely handicapped.)

Parent/Caretaker	Reason for Needing Service	Parent/Caretaker	Reason for Needing Service	Parent/Caretaker	Stages 1, 2, and 3 CalWORKs recipients only	
	Child referred for protective services because of neglect, abuse, exploitation, or risk thereof		Education or training		CalWORKs activities	Date parent became ineligible for aid: _____
	Parent/caretaker incapacitated because of medical or psychiatric special needs		Actively seeking employment		Diversion	Date: _____
	Working		Seeking permanent housing		Record date of entry into each stage: Stage 1 _____ Stage 2 _____ Stage 3 _____	

C. Employment/Training Information. Must be completed for each adult listed in Section I above to document need on the basis of employment or training. (Attach documentation.)

Parent/Caretaker	Employer/School	Street Address	City	Zip				
A								
A								
Days and working/training hours:	From: To:	Mon.	Tues.	Wed.	Thurs.	Fri.	Sat.	Sun.
Parent/Caretaker	Employer/School	Street Address	City	Zip				
B								
B								
Days and working/training hours:	From: To:	Mon.	Tues.	Wed.	Thurs.	Fri.	Sat.	Sun.

Section III. Family Adjusted Gross Monthly Income and Size

A. Family monthly income. The family's adjusted monthly income from all sources (Attach verification and documentation.): \$ _____
 B. Family income sources (Check all that apply. Do not count the gray shaded areas in Section III. A above.) **Black shaded boxes for CalWORKs recipients only.**
 C. Family size (See "Funding Terms and Conditions" for instructions on calculating family size.): _____

Employment, including self-employment	<input type="checkbox"/>	Other federal cash income programs (such as SSI)
Child support	<input type="checkbox"/>	Housing voucher or cash assistance
Cash or other assistance under Title IV of the Social Security Act (TANF)	<input type="checkbox"/>	Assistance under the Food Stamps Act of 1977
State-only alien and two-parent programs for CalWORKs recipients	<input type="checkbox"/>	Other

Section III B is for federal data collection purposes only and does not need to be completed before the provision of child care services.

**Confidential Application for
Child Development Services and
Certification of Eligibility**

CD 9600 Page 2 (REV. 10/16)

Section IV. Data on Children. List all children residing in the home and counted in the family size.

Complete for all children residing in the home			Complete only for children served by your agency				For children enrolled in more than one program or site, use additional lines as needed													
(1) Full Name of Child Including Middle Initial	(2) Gender		(3) Birth Date	(4) Adjustment Factor Code	(5) Ethnicity	(6) Race	(7) Native Language		(8) Program Code	(9) Type of Care Code	(10) Hours of Care per Day									
	M	F	MM/DD/YYYY				Language Code	Is child limited English proficient?			M	T	W	TH	F	SAT	SUN			
											S									
											Provider/site name:	V								
												S								
											Provider/site name:	V								
												S								
											Provider/site name:	V								
												S								
											Provider/site name:	V								
												S								
											Provider/site name:	V								

Section V. Certification and Signature of Parent/Caretaker.

1. I understand that I am self-certifying single parent status under penalty of perjury in Section 1 of this document when the single parent/caretaker box has been checked. Parent Initials: _____

2. I will notify the agency within 5 calendar days if there is any change in my family income, family size, or reason for needing child development services.

3. I understand that the information about my eligibility may be reviewed by representatives of the state of California, the federal government, independent auditors, or others as necessary for the administration of the program.

4. I understand that if the agency denies this application for services, I have the right to appeal.

5. I understand that I must renew my eligibility at least once a year or 3 months for at-risk). I further understand that if I do not renew my eligibility, I will no longer be eligible for subsidized child care services for my child.

6. I understand that I will receive a notice of approval or disapproval of my application within 30 days from the date I sign this form.

7. I understand that this certification is not complete until all documentation is submitted and this form has been reviewed, signed, and dated by an agency representative and signed and dated by me.

8. I certify that my family assets do not exceed \$1,000,000; Child Care and Development Block Grant Act Section 658 p (4)(B).

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature _____	Date _____	Relationship to Child: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other: Please describe _____
Signature _____	Date _____	Relationship to Child: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other: Please describe _____

Section VI. Family Fee (Refer to fee schedule.)

Type of Fee	Flat Monthly Fee Rate (See the instructions for Section VI.)	
<input type="checkbox"/> Full-time	Flat Monthly Rate: \$ _____	Specifics:
<input type="checkbox"/> Part-time	Flat Monthly Rate: \$ _____	Specifics:

Section VII. For Office Use Only. (Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed, and dated by an agency representative.)

Eligibility Status <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied	Date Notice of Action Sent (Attach copy)	Date Notice of Action Given (Attach copy)	First date of subsidized service	Last date of enrollment
Signature of Authorized Agency Representative	Title	Telephone number	Date	
Signature of Supervisor (Optional)	Title	Telephone number	Date	

Solicitud confidencial para servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad

CDE Form CD 9600, Page 1, (REV. 10/16) T15-677 Spanish, Arial Font

Agency Name: _____
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check one) Initial <input type="checkbox"/> Recertification <input type="checkbox"/>

Nota: Las normas estatales exigen una solicitud y una certificación formal para los servicios de desarrollo infantil. Recibirá un aviso por escrito sobre su elegibilidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su firma en este formulario. La elegibilidad se determina según la necesidad que exista de recibir servicios de desarrollo infantil y según el estado de CalWORKs o los ingresos brutos ajustados mensuales de acuerdo a los integrantes de la familia. Este formulario debe completarlo un representante de la agencia junto con la familia. Consulte las instrucciones para completar este formulario.

Sección I. Identificación de la familia. Si es un(a) padre/madre/cuidador(a) soltero(a), marque esta casilla: <input type="checkbox"/> Consulte las instrucciones, sección I.				
Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo, incluyendo la inicial del segundo nombre) A	Número de Seguro Social: padre/madre A* (consulte las instrucciones)	Sexo	N.º de teléfono (casa)	N.º de teléfono (trabajo/escuela)
Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo, incluyendo la inicial del segundo nombre) B		Sexo	N.º de teléfono (casa)	N.º de teléfono (trabajo/escuela)
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Código FIPS 06059

Sección II. Elegibilidad de la familia y motivo de solicitud del servicio

A. Estado de elegibilidad de la familia (marque todas las que correspondan)

Servicios de protección (adjuntar documentación)	Destinatario actual de la asistencia	Elegibilidad por ingresos (adjuntar documentación)	Sin hogar (adjuntar documentación)	Programas para discapacitados graves
--	--------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------------

B. Motivo para la solicitud del servicio. Indique todos los motivos para la solicitud de atención de cada adulto enumerado anteriormente. Escriba "A" o "B" cuando se hace referencia al padre/madre/cuidador(a) enumerado anteriormente. Adjuntar documentación. (Esta sección no se aplica a los programas de educación preescolar estatal de medio día ni a los programas para discapacitados graves).

Padre/madre/cuidador(a)	Motivo para la solicitud del servicio	Padre/madre/cuidador(a)	Motivo para el servicio	Padre/madre/cuidador(a)	Etapas 1, 2 y 3 sólo para destinatarios de CalWORKs.	
	Menor de edad para quien se recomiendan servicios de protección por explotación, abandono o maltrato o riesgo de los mismos.		Educación o capacitación		Actividades de CalWORKS	Fecha en que la familia dejó de ser elegible para la ayuda:
	Padre/madre/cuidador(a) incapacitado por necesidades médicas o psiquiátricas especiales.		En busca activa de empleo		Recuperación	Fecha: _____
	Empleado		En busca de vivienda permanente		Registre la fecha de inicio en cada etapa: Etapa 1 _____ Etapa 2 _____ Etapa 3 _____	

C. Información sobre empleo/capacitación. Se debe completar para cada adulto incluido en la Sección I anterior para documentar la necesidad según el empleo o la capacitación. (Adjuntar documentación.)

Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Calle	Ciudad	Código postal				
A								
A								
Días y horas de trabajo/capacitación:	Desde: Hasta:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Calle	Ciudad	Código postal				
B								
B								
Días y horas de trabajo/capacitación:	Desde: Hasta:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Sección III. Integrantes e ingresos brutos ajustados mensuales de la familia

A. Ingresos mensuales de la familia. Ingresos mensuales ajustados de la familia de todas las fuentes (adjuntar verificación y documentación): \$ _____

B. Fuentes de ingresos familiares (Marque todas las opciones que correspondan. No contar las áreas grises de la Sección III. A anterior.) **Las casillas negras son únicamente para los destinatarios de CalWORKs.**

C. Integrantes de la familia (Consulte "Términos y condiciones sobre financiación" para obtener las instrucciones sobre cómo calcular los integrantes de la familia):

Empleo, incluyendo el trabajo independiente	Otros programas de ingresos federales en efectivo (por ejemplo, SSI)
Manutención infantil	Certificado de vivienda o asistencia en dinero en efectivo
Dinero en efectivo u otro tipo de ayuda según el Título IV de la Ley de Seguro Social (TANF)	Asistencia según la Ley de Cupones de Alimentos de 1977
Extranjeros del estado solamente y programas para ambos padres para destinatarios de CalWORKs	Otra

La Sección III B es una forma de verificación de datos federales solamente y es necesario completarla antes de aceptar copias de ayuda infantil.

Solicitud confidencial para servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad

CD 9600 Page 2 (REV. 10/16)

Sección IV. Datos de los menores de edad. Incluya a todos los menores de edad que habitan en el hogar y que se cuenten como integrantes de la familia.

Complete para todos los menores de edad que habitan en el hogar			Complete solamente para los menores de edad que son atendidos por su agencia				Para menores de edad inscritos en más de un programa o sitio, utilice las líneas adicionales necesarias.													
(1) Nombre completo del menor de edad, incluyendo la inicial del segundo nombre	(2) Sexo		(3) Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA A	(4) Código de factor de ajuste	(5) Grupo étnico	(6) Raza	(7) Idioma materno		(8) Código del programa	(9) Código de tipo de cuidado	(10) Horas de cuidado por día									
	M.	F.					Código de idioma	¿Tiene el niño/a dominio limitado del inglés?			Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.			
											E									
									Nombre del proveedor/sitio		V									
											E									
									Nombre del proveedor/sitio		V									
											E									
									Nombre del proveedor/sitio		V									
											E									
									Nombre del proveedor/sitio		V									
											E									
									Nombre del proveedor/sitio		V									

Sección V. Certificación y firma del padre/madre/cuidador(a)

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Entiendo que estoy auto certificando mi estado de padre/madre soltero(a) bajo pena de falso testimonio en la Sección I de este documento al marcar la casilla padre/madre/cuidador(a) soltero(a).
Iniciales del padre/madre: _____ Notificaré a la agencia dentro de cinco días corridos si hay algún cambio en mi ingreso familiar, el tamaño de mi familia o la razón por la que necesito servicios de desarrollo infantil. Entiendo que la información anterior sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del estado de California, el gobierno federal, auditores independientes o terceros si se considera necesario para la administración del programa. Entiendo que si la agencia rechaza esta solicitud para servicios, tengo derecho a una apelación. | <ol style="list-style-type: none"> Entiendo que debo renovar mi elegibilidad al menos una vez al año o cada tres meses si hay una situación de riesgo. Entiendo además que si no renuevo mi elegibilidad, no seré elegible para servicios subsidiados de cuidado infantil para mi hijo o hija. Entiendo que recibiré un aviso de aprobación o desaprobación de mi solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la firma de este formulario. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que se entregue toda la documentación y hasta que haya sido revisada, firmada y fechada por un representante de la agencia y firmada y fechada por mí. Certifico que mis bienes familiares no superan \$1,000,000; Ley de subsidios globales para el cuidado y desarrollo infantil (Child Care and Development Block Grant Act), artículo 658 P (4)(B). |
|--|---|

Bajo pena de falso testimonio declaro que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma A	Fecha	Parentesco con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____
Firma B	Fecha	Parentesco con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____

Sección VI. Cargo familiar: (consulte la tabla de cargos)

Tipo de cargo	Índice de cargos fijos mensuales (consulte las instrucciones para la sección VI)	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	Cargo fijo mensual: \$ _____	Detalles:
<input type="checkbox"/> Medio tiempo	Cargo fijo mensual: \$ _____	Detalles:

Sección VII. For Office Use Only. (Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed, and dated by an agency representative.)

Eligibility Status <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied	Date Notice of Action Sent (Attach copy)	Date Notice of Action Given (Attach copy)	First date of subsidized service	Last date of enrollment
Signature of Authorized Agency Representative		Title	Telephone number	Date
Signature of Supervisor (Optional)		Title	Telephone number	Date



ORANGE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

State Preschool Program

2345 E. Palmyra, Orange, CA 92869
(714) 628-5777– FAX: (714) 997-6258

TO WHO IT MAY CONCERN:

We are a State funded program under the direction of Orange Unified School District, providing supplementary funds for child care while parents are working.

The person named below will be receiving child care services through our program while he/she works. In order to document eligibility, we need the following information.

Thank you for your cooperation in providing employment verification.

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Somos un programa fundado por el estado bajo la dirección del distrito unificado de Orange, proporcionando fondos suplementarios para niños mientras los padres estén trabajando.

La persona nombrada debajo recibirá servicios de guardería con nuestro programa mientras él/ella trabaje.

Gracias por su cooperación en la prestación de la verificación de empleado.

EMPLOYEE TO COMPLETE/EMPLEADO PARA COMPLETAR:

Business Name/Nombre de Negocio: _____

Employer Address, City, Zip/Dirección del empleador, Ciudad, Código Postal : _____

Employer Phone/Teléfono de empleador: () _____

I,/Yo _____, hereby authorize you to provide the Orange Unified School District with the following information./ autorizo a usted para proporcionar el distrito escolar unificado de Orange con la siguiente información.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

EMPLOYER TO COMPLETE:

This is to certify that _____ is employed by _____

At a gross salary of \$ _____ per: Hour Day Week Semi-Month Month, and works _____ Hours per week.

Form & Frequency Paid: (Please check all that apply)

- Check Cash Other _____
- Weekly Every other week Twice per month Monthly
- Monthly bonus Annual bonus Overtime Commission

The above mention person works from:

Days	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Scheduled Hours	From: To:	From: To:	From: To:	From: To:	From: To:	From: To:	From: To:

Daily hours: do do not vary.

Days per week: do do not vary Explain: _____

Starting date of employment: _____ Today's Date: _____

Employer Name (print): _____ Employer Signature: _____

Employer Phone: _____ Employer Email Address: _____

FOR STAFF USE ONLY:

Staff Initials _____

Verified the above with employer on: _____ Spoke with: _____ Title: _____

Comments: _____ Attestation: _____

Comments: _____



ORANGE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

State Preschool Program

Parent/Guardian Name:

Nombre del Padre/Tutor

Name of Child:

Nombre del Niño(a)

Date of Birth:

Fecha de

Nacimiento

THE FOLLOWING DECLARATION IS MADE UNDER PENALTY OF PERJURY:
LA SIGUIENTE DECLARACION ESTA HECHA BAJO PENA DE PERJURIO:

I certify under penalty of perjury that any information I have provided above is accurate. I understand that any fraudulent, incomplete, deceitful, or misleading information provided to OUSD regarding my income, family size, employment, etc. may be grounds for terminating my child's enrolment in the preschool program.

Yo certifico bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado aquí está correcta. Entiendo que cualquier información fraudulenta, incompleta, o engañosa a OUSD con respecto a mis ingresos, tamaño familiar, empleo, etc. puede ser motivo para terminar servicios en el programa pre-escolar.

Parent/Guardian Signature (Firma del Padre)

Date (Fecha)

FOR STAFF USE ONLY:

Verified by: _____

Date: _____

Comments: _____

FOOD ALLERGY STATEMENT

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Check one of the following:

_____ My child has NO Food Allergies

_____ My child has the following food allergies: _____

Parent's Name: _____

Parent's Signature: _____ Date: _____

ALERGIA A COMIDA

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

Seleccione uno de los siguientes:

_____ Mi niño/niña NO tiene alergia a ninguna comida

_____ Mi niño/niña tiene alergia a las siguientes comidas: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

***PROVIDE THE PRESCHOOL TEACHER AND THE PRESCHOOL NURSE
EACH A COPY OF THIS FORM IF AN ALLERGY IS INDICATED.***