ARVIN UNION SCHOOL DISTRICT

Preschool Registration Packet

Arvin Union School District
Arvin State Preschool
Application Request

OFFICE ONLY/PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Rank# _____ Age _____

(A) Relationship to child/Parentesco con el Niño(a)

Mother/Madre __ Guardian/Tutor___Foster Parent/Madre de Crianza __

Marital Status/Estado Civil: Married/Casado__ Single/Soltero___
Divorced/Divorciado__ Separated/Separado__

_____

First Name/Primer Nombre Last/Apellido

(___) _____ (___) _____ (___) _____

Home phone/Teléfono de casa Work/Trabajo Message/Mensajes

_____

Home Address / Domicilio de Casa: _____

(B) Relationship to child/Parentesco con el Niño(a)

Father/padre__Guardian/Tutor__FosterParent/Padre de Crianza___

Marital Status/Estado Civil: Married/Casado__ Single/Soltero___
Divorced/Divorciado__ Separated/Separado__

_____

First Name/Primer Nombre Last/Apellido

(___) _____ (___) _____ (___) _____

Home phone/Teléfono de casa Work/Trabajo Message/Menajes

_____

Home Address / Domicilio de Casa: _____

Family Size / Cuantas Personas en la Familia: _____

Gross Monthly Income / Ingresos Mensuales: _____

Child Info. / Información de Niño(a)

Today's Date/Fecha de hoy: _____

Child's Name/Nombre:_____

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age_____

Ethnicity/Origen Étnico - Raza: English _____ Spanish _____ Other _____

Male/Niño _____ Female/Nina _____ Morning/Mañana ___ Afternoon/Tarde ___
Foster Parent-Guardian/Padre-Madre de Crianza: Yes – Si _____ / No _____

Immunizations/Vacunas: Yes – Si _____ No _____

Physical / Examen Físico: Yes – Si _____ No _____

Office Notes/notas de la oficina: _____

Arvin State Preschool Requirements

State lic. #153801420 BME State lic. #153808741 SV State lic. #153808740 ECR

For your Preschool Registration. You will need the following items to enroll.

- Birth certificate or Baptism certificate
- Birth certificates for all siblings under the age of 18 living in the home.
- Immunization record and a current TB clearance.
- Current child's physical or appointment card. (physical is due within 30 days of enrollment)
- Utility bill with name and address. (PG&E water, or gas)
- Income verification received for the past 30 days of enrollment. (check stubs, notice of action (cash-aide), unemployment stub or letter, disability papers, foster care, social security payments or child support. Payments or documents form employers.
- Any legal documents of Divorce/ Separation / Child support –court ordered documents of custodial legal papers.
- Proof of TB clearance and Immunization (MMR, pertussis, and Flu shot) **only** if you plan to volunteer time with your child. (if so not required)

Welcome to Arvin State Preschool. Thank you for choosing us for your preschool educational needs. ☺ If you have questions, contact Valerie at Preschool Office 661-854 6580.

Arvin State Preschool
Requisitos

State lic. #153801420 BME State lic. #153808741 SV State lic. #153808740 ECR

Para su registro preescolar. Necesitará los siguientes artículos para inscribirse.

- Certificado de nacimiento o certificado de bautismo.
- Certificados de nacimiento para todos los hermanos menores de 18 años que viven en el hogar.
- registro de vacunas y una autorización actual de TB
- Tarjeta de físico o cita actual del niño. (el examen físico debe realizarse dentro de los 30 días de la inscripción)
- Factura de servicios públicos con nombre y dirección. (Agua y gas PG&E)
- Verificación de ingresos recibida durante los últimos 30 días de inscripción. (talones de cheques, aviso de acción (ayuda en efectivo), talón o carta de desempleo, documentos de incapacidad, cuidado de crianza, pagos de seguridad social o manutención infantil. Los pagos o documentos son de los empleadores
- Cualquier documento legal de Divorcio / Separación / Manutención de los hijos: documentos de custodia ordenados por las cortes
- Prueba de eliminación de TB e inmunización (MMR, tos ferina y vacuna contra la gripe) **solo** si planea ofrecer tiempo voluntario con su hijo. (si no, no es requerido)

Bienvenidos a Arvin State Preschool. Gracias por elegirnos para sus necesidades educativas preescolares. Si tiene preguntas, comuníquese con Valerie en la oficina preescolar al 661-854 6580.

Enrollment Card

Child's Name/ Nombre de niño _____ Teacher _____

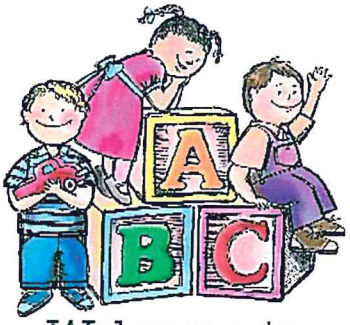
Address/Domicilio _____ Telephone/Teléfono _____

Child's Age / edad del niño _____ Birth date/ fecha de nacimiento _____

Parents Name/ nombre de los padres _____

Date Enrolled _____ Date Left _____ Family size/ Tamaño de la familia _____

Names of Children Nombres de Ninos	Birthdates Fechas de nacimiento
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____



Welcome to
Preschool

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION
CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME LAST	MIDDLE	FIRST	SEX	TELEPHONE ( )
ADDRESS NUMBER	STREET	CITY	STATE ZIP	BIRTHDATE
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME LAST	MIDDLE	FIRST		BUSINESS TELEPHONE ( )
HOME ADDRESS NUMBER	STREET	CITY	STATE ZIP	HOME TELEPHONE ( )
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME LAST	MIDDLE	FIRST		BUSINESS TELEPHONE ( )
HOME ADDRESS NUMBER	STREET	CITY	STATE ZIP	HOME TELEPHONE ( )
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE ( )	BUSINESS TELEPHONE ( )

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ( )
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ( )

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

☐ CALL EMERGENCY HOSPITAL ☐ OTHER EXPLAIN: _____

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	RELATIONSHIP

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE | DATE

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION | DATE LEFT

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA
GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE		SEXO	TELÉFONO ( )
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE			TELÉFONO DEL TRABAJO ( )
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR ( )
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE			TELÉFONO DEL TRABAJO ( )
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR ( )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ( )		TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA ☐ OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO | FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION | DATE LEFT

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

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

_____ 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
( )	( )

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA-
Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO
( )	( )

CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT

CHILD'S NAME	SEX	BIRTH DATE
FATHER'S NAME		DOES FATHER LIVE IN HOME WITH CHILD?
MOTHER'S NAME		DOES MOTHER 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
☐ Chicken Pox		☐ Diabetes		☐ Poliomyelitis	
☐ Asthma		☐ Epilepsy		☐ Ten-Day Measles (Rubeola)	
☐ Rheumatic Fever		☐ Whooping cough		☐ Three-Day Measles (Rubella)	
☐ Hay Fever		☐ Mumps			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? ☐ YES ☐ 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

LUNCH

DINNER

WHAT ARE USUAL EATING HOURS?
BREAKFAST _____
LUNCH_____
DINNER

ANY FOOD DISLIKES?	ANY EATING PROBLEMS?

IS CHILD TOILET TRAINED?* ☐ YES ☐ NO	IF YES, AT WHAT STAGE:*	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?* ☐ YES ☐ NO	WHAT IS USUAL TIME?*

WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*	WORD USED FOR URINATION*

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE? ☐ YES ☐ NO	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)? ☐ YES ☐ NO	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S): ☐ YES ☐ NO	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME? ☐ YES ☐ NO	IF YES, WHAT KIND:

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 ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

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

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS* MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* MESES

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

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de diez días *(Rubeola)*	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de tres días *(Rubella)*	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 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 QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*

PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)

DESAYUNO

ALMUERZO

CENA

¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
DESAYUNO _____
ALMUERZO _____
CENA

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?* ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*

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

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:

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

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

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

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

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NINOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

Arvin Union School District

Parent information Sheet

To help the preschool staff understand your child, please answer these questions. Check in the space which best describe your child.

Child's Name : _____ male _____ female _____

Information from : Mother_____ Father_____ Other_____

1. How does your child show you that he is happy?
   Hugs you ____ sings____ shouts with Joy____
   Smiles____ other_____

2. How does your child show you that he is unhappy or upset?
   Comes to be comforted ____ cries or pouts ____
   Hits, kicks or bite ____ swears or shouts____
   Goes quietly to his room ____ Other_____

3. If your child is trying to do something new do you help?
   Whether or not he ask for help____
   Only if he asks for it____
   By first suggesting new ways he should try before helping ____
   Other ____

4. At meal times does he feed himself most with?
   Fingers____ Spoon ____ Fork and spoon____
   Other____

5. What does your child do with new food?
   Eat some of it____
   Try it only if others are eating new food____
   Refuse to try it, and cry _____

6. How do u let your child know that you are pleased?
   Tell him____ Hug or kiss him____
   Give him money___ Give him privileges___

7. What do you usually do when you are upset with you?
   Tell him to stop___ Remove him from activity____ Explain whats wrong____

8. Do both parents agree on rules?
   Most of the time____Some of the time____Rarely____

9. What things do you disagree on?
   _____
   _____
   _____

10. Does he/she any fears?
    of the dark..... Yes___ No____
    of animals..... Yes___ No____
    of noises..... Yes ___ No____

11. What concerns do you have that you want help solving?
    _____
    _____
    _____

12. What activities / things do you like to do with your child?
    Read stories___Watch TV____Play games____

13. What are some of your interest or hobbies?
    _____
    _____
    _____

Arvin Union School District

1. Como le demuestra su nino (a) que esta content?
   La abraza____ Canta ____ Grita de gusto___ _ Sonrisa____ Otra forma____

2. Como le demuestra su nino (a) que esta triste o mortificado?

   Viene a que lo consuele ____ Grita or reniega____ Pega, Golpear con el pie____
   Llora I hace pucheros (caras) ____
   Se va calladamente a su cuarto ____
   Otra reccion___

3. Si su nino (a) tratando de hacer algo nuevo le ayuda usted?
   Aunque no le pida ayuda___ Solo si le pide que ayude___ Le sugiere otra forma de hacerlo___ otra forma___

4. A la hora de comer, come su nunio (a) solo,usando?
   Sus dedos___ Cuchara___Tenedor y cuchara___ orto___

5. Que hace su nino (a) con comida nueva?

   Come un poco ___ La prueba se ve que otros la estan comendo___ No intentara a comer, llora___ La tira, la escupe, o la vomita___ Otra reaccion___

6. Como le demuestra Ud. A su nino(a) que esta contenta con el?

   Se lo dice___ Lo abrazao lo besa___ Le da dinero ___ Le condede privilegias___ otra forma___

7. Que hace usred generalmente cuando usted esta enojado co su nino(a)?

   Le dice que deje de hacerlo___ Le grita___ Le quita do lo que esta hacendo___Le paga___ Le explica porque no debe de hacerlo___ Lo manda a su curtao___ Lo hace arrodillarse o pararse en una esquina___ Le dice "tu pap te va a castigas despues"____Otra forma___

8. Estan de acuerdo el padre y la madre respeto a las reglas del hogar?
   Casi todo el tiempo___ Algunas veces___ Casi nunca___

9. En que no estan de acuerdo?
   _____
   _____
   _____

10. Tiene el Nino(a) miedo?
    De la obseuridad.. Si___ no___
    De animals.....Si___ No___
    De ruidos..... Si ___ No___

11. En que le guustara que le ayudaramos?
    _____
    _____
    _____

12. Que actividads/cosas le questa a usted hacer con cu nino(a)?
    Leer historias/cuento___ Ver la television___ Juar juegos___ otro___

13. Que son sus intereses de ocupaciones favoritas?
    _____
    _____
    _____

CALIFORNIA DEPARTMENT OF EDUCATION
Form CD 9600A, (Rev. 01/04)

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, Early Education and Support 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.

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

11605 East Palmdale Blvd. Suite A

CITY	ZIP CODE	AREA CODE/TELEPHONE NUMBER
Palmdale CA	93550	(661)789-6944

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)	(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)
ARVIN STATE PRESCHOOL	

(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
1605 East Palmdale Blvd Suite A

CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
Palmdale	93550	(661)-789-6944

SEPARE 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)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
ARVIN STATE PRESCHOOL	

(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)

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: 1605 East Palmdale Blvd. Suite A

   Licensing Office Telephone #: 661-789-6944

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.

_____
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: Commu nity Care Licensing

   Dirección de la oficina de licenciamiento: 1605 E Palmdale Blvd Suite A

   Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: 661-789-6944

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

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

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

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

_____
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

CRIMINAL RECORD STATEMENT

Long-Term Care Ombudsman Program

Persons submitting an application to participate in the Long-Term Care Ombudsman Program must be fingerprinted and disclose any conviction(s). A conviction is any plea of guilty or nolo contendere (no contest) or a verdict of guilty. The fingerprints will be used to obtain a copy of any criminal history you may have.

Have you ever been convicted of a crime in California? ..... ☐ **YES** ☐ **NO**

You need not disclose any marijuana-related offenses covered by the marijuana reform legislation codified at Health and Safety Code sections 11361.5 and 11361.7.

Have you ever been convicted of a crime from another state, federal court, military or jurisdiction outside of U.S.? ..... ☐ **YES** ☐ **NO**

Criminal convictions from another State or Federal court are considered the same as criminal convictions in California.

If you answer YES, give details on the back of this page indicating the nature and circumstances of each crime and the date and the location in which each crime occurred.

You must disclose convictions, including reckless and drunk driving convictions even if:

1. It happened a long time ago;
2. It was only a misdemeanor;
3. You didn't have to go to court (your attorney went for you);
4. You had no jail time or the sentence was only a fine or probation;
5. You received a certificate of rehabilitation;
6. The conviction was later dismissed, set aside or the sentence was suspended.

NOTE: IF THE CRIMINAL BACKGROUND CHECK REVEALS ANY CONVICTION(S) THAT YOU DID NOT DISCLOSE ON THIS FORM, YOUR FAILURE TO DISCLOSE THE CONVICTION(S) WILL RESULT IN AN EXEMPTION DENIAL.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that I have read and understand the information contained in this affidavit and that my responses and any accompanying attachments are true and correct.

YOUR NAME *(PRINT CLEARLY)*	YOUR ADDRESS	CITY	ZIP
SOCIAL SECURITY NUMBER *(SEE PRIVACY STATEMENT ON REVERSE SIDE)*	DATE OF BIRTH	DMV LICENSE NUMBER	
SIGNATURE		DATE	

DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES

La ley estatal requiere que se les tomen las huellas dactilares a las personas asociadas con los establecimientos con licencia y que ellas revelen cualquier condena. Una condena es cualquier declaración de culpabilidad, defensa de no negar ni admitir culpabilidad (nolo contendere), *o un veredicto de culpabilidad. Las huellas dactilares se usarán para obtener una copia de cualquier historial penal que usted pudiera tener.*

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en California?..... ☐ SÍ ☐ NO

Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en otro estado, la corte federal, el servicio militar, o una jurisdicción fuera de los Estados Unidos?..... ☐ SÍ ☐ NO

Las condenas criminales de otro estado o de la corte federal se consideran igual que las condenas criminales en California.

Si contesta "SÍ", anote los detalles en la siguiente página. Indique la clase y las circunstancias de cada delito, así como la fecha y el lugar donde ocurrió.

Tiene que revelar cualquier condena, incluyendo condenas por haber manejado peligrosamente o bajo la influencia del alcohol, aun si:

1. eso pasó hace mucho tiempo;
2. sólo fue un delito menor *(misdemeanor)*;
3. no tuvo que ir a la corte (su abogado fue por usted);
4. no tuvo que ir a la cárcel o la sentencia sólo fue una multa o un período de libertad condicional *(probation)*;
5. recibió un certificado de rehabilitación;
6. la condena se descartó o se canceló más tarde, o se suspendió la sentencia.

NOTA: SI LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES PENALES REVELA ALGUNAS CONDENAS QUE USTED NO REVELÓ EN ESTE FORMULARIO, EL NO HABER REVELADO LAS CONDENAS RESULTARÁ EN LA NEGACIÓN DE UNA EXENCIÓN, LA NEGACIÓN DE LA SOLICITUD PARA LA LICENCIA, LA REVOCACIÓN DE LA LICENCIA, O SU EXCLUSIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO CON LICENCIA.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de California, que he leído y entiendo la información que contiene esta declaración jurada y que mis respuestas y cualquier documento adjunto son verdaderos y correctos.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO	
SU NOMBRE *(ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)*	SU DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *(VEA LA DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN LA SIGUIENTE PÁGINA)*	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR DEL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (DMV)	
FIRMA		FECHA	

I. Instructions to Respondents:

If you have been convicted of a crime in California, another state or in federal court, provide the following information:

(You need not disclose any marijuana-related offenses covered by the marijuana reform legislation codified at Health and Safety Code sections 11361.5 and 11361.7.)

What was the offense? _____

_____

_____

_____

In which state and city did you commit the offense? _____

_____

_____

When did this occur? _____

_____

_____

Tell us what happened. (Use additional sheets of paper if needed) _____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Signature _____ ***Date*** _____

II. Instructions to the Office of the Long-Term Care Ombudsman:

If the person discloses a criminal conviction, review the person's statement. Maintain this form in your personnel file and send a copy to the Caregiver Background Check Bureau, 744 P Street, MS 9-15-62, Sacramento, CA 95814.

PRIVACY STATEMENT

Pursuant to the Federal Privacy Act (P.L. 93-579) and the Information Practices Act of 1977 (Civil Code section 1798 et seq.), notice is given for the request of the Social Security Number (SSN) on this form. The California Department of Justice uses a person's SSN as an identifying number. The requested SSN is voluntary. Failure to provide the SSN may delay the processing of this form and the criminal record check.

In order to be licensed, work at, or be present at, a licensed facility, the law requires that you complete a criminal background check. (Health and Safety Code sections 1522, 1568.09, 1569.17 and 1596.871) The Department will create a file concerning your criminal background check that will contain certain documents, including information that you provide. You have the right to access certain records containing your personal information maintained by the Department (Civil Code section 1798 et seq.). Under the California Public Records Act, the Department may have to provide copies of some of the records in the file to members of the public who ask for them, including newspaper and television reporters.

NOTE: IMPORTANT INFORMATION
The Department is required to tell people who ask, including the press, if some one in a licensed facility has a criminal record exemption. The Department must also tell people who ask, the name of a licensed facility that has a licensee, employee, resident, or other person with a criminal record exemption.

If you have any questions about this form, please contact your local licensing regional office.

I. Instrucciones para las personas que completan este formulario:

Si usted ha sido declarado culpable de un delito en California, otro estado, o una corte federal, proporcione la siguiente información:

(Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.)

¿Cuál fue la ofensa? _____

¿En cuál estado y ciudad cometió usted la ofensa? _____

¿Cuándo ocurrió esto? _____

Díganos qué sucedió. (Use hojas de papel adicionales si es necesario.) _____

Certifico bajo pena de perjurio que la información que aparece anteriormente es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Firma _____ ***Fecha*** _____

II. Instrucciones para las personas con licencia:

Si la persona revela una condena criminal, revise la declaración de la persona y discútala con su analista del programa de licenciamiento (LPA). Conserve este formulario en los archivos de personal del establecimiento y mande una copia a su LPA.

DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil), se da aviso que se solicita el número de Seguro Social (SSN) en este formulario. El Departamento de Justicia de California usa el SSN de una persona como un número que conduce a su identificación. El proporcionar el SSN que se pide es voluntario. El no proporcionarlo pudiera demorar la tramitación de este formulario y la revisión de los antecedentes penales.

Para tener una licencia, o para trabajar o estar presente en un establecimiento con licencia, la ley requiere que usted complete una revisión de los antecedentes penales (Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad). El Departamento creará un expediente sobre la revisión de sus antecedentes penales, el cual incluirá ciertos documentos, incluyendo la información que usted proporcione. Usted tiene el derecho de acceso a cierta documentación que contiene sus datos personales y que el Departamento mantiene (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil). De acuerdo con el Decreto de California sobre Registros Públicos, el Departamento posiblemente tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en el expediente a miembros del público que los pidan, incluyendo a reporteros de periódicos y televisión.

NOTA: INFORMACIÓN IMPORTANTE
Se requiere que el Departamento les diga a las personas que le pregunten, incluyendo la prensa, si alguien en un establecimiento con licencia tiene una exención con respecto a los antecedentes penales. El Departamento también tiene que decirles a las personas que pregunten el nombre de cualquier establecimiento con licencia donde haya una persona con licencia, un empleado, un residente, u otra persona que tenga una exención con respecto a los antecedentes penales.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con su oficina regional local de licenciamiento.

IMPORTANT INFORMATION

CAREGIVER BACKGROUND CHECK INFORMATION

The law requires that the Community Care Licensing Division check the criminal background of all adults who apply for a license to operate a community care facility. We also check the criminal background of all adults who want to work, reside in or have contact with clients being cared for in a community care facility.

What is a background check?

As part of the background check process you must be fingerprinted and tell whether you have ever been convicted of a crime other than a minor traffic violation. The Department of Justice and the FBI will check your fingerprints against their criminal record information. If you will have contact with children, your name will be checked against the Child Abuse Central Index registry. This is a listing of people who have been reported for suspected child abuse. If you have not been convicted of a crime and have no child abuse history, you will be given a "clearance."

What if I have a criminal conviction?

If you were ever convicted of a crime, other than a minor traffic violation, even if it happened a long time ago, you cannot own, live or work (including some volunteers) in a facility unless we give you an "exemption." If the Department of Justice notifies us that you were convicted of a crime, we will notify the facility operator that an exemption is needed. If you were convicted of a serious crime or if you are on supervised probation after being convicted of a crime, you probably won't be given an exemption.

You do not qualify for a criminal record exemption if you have ever been convicted of a serious crime such as robbery, sexual battery, child abuse, elder or dependent adult abuse, rape, first degree burglary, arson, or kidnapping. These kinds of crimes are **nonexemptible and if you were convicted of one of them, by law you will never be allowed in a facility.**

How do I get a criminal record exemption?

As part of the request for an exemption, the facility operator or you must send us convincing proof that you are of good character in spite of your conviction. We will review any information you submit as well as the number and type of crimes committed, how long ago the crime(s) happened, what kind of work you will be doing and whether you will be working with children, adults, or the elderly. If we find that you were not truthful in the information you submitted for your exemption, we will deny your exemption request. In most cases, if you are currently on supervised probation or on parole you will **not** be granted an exemption. If your exemption is denied, and you are married to or living with someone who is applying for a license and care will be provided in your home, his or her application will be denied because everyone who lives in the home must have a clearance or exemption. If a criminal record exemption is granted to you and you later move, or want to work in a different facility, your exemption will be re-evaluated based on your new role and our current laws, regulations, and policies. If you are arrested or convicted after an exemption is granted to you, your exemption may be cancelled. If you are married to or living with someone who is licensed, and care is provided in your home, the facility license may be suspended or revoked.

You are strongly encouraged to read the licensing criminal record exemption regulations to find out the amount of time that must pass following your conviction, before you can qualify for an exemption. Some convictions require longer periods of time following conviction than others. The regulations and other information can be found on our web site at www.ccld.ca.gov.

How long does the criminal record exemption process take to complete?

If you do not have a criminal record, a clearance is normally available in a few days. If an exemption is needed, it may take three months or longer to complete the process.

DISCLOSURE OF CRIMINAL RECORD EXEMPTION INFORMATION UNDER THE CALIFORNIA PUBLIC RECORDS ACT

If you are granted a criminal record exemption, your name will be given out to the public, upon request. If you own a facility and you have staff, residents or volunteers who have a criminal record exemption, the name of your facility will be given out to the public, upon request.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

INFORMACIÓN ACERCA DE LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LAS PERSONAS QUE PROPORCIONAN CUIDADO

La ley requiere que la División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad revise los antecedentes penales de todos los adultos que solicitan una licencia para operar un establecimiento para el cuidado en la comunidad. También revisamos los antecedentes penales de todos los adultos que quieren trabajar o vivir en un establecimento para el cuidado en la comunidad al igual que las personas que tienen contacto con las personas que se cuidan ahí.

¿En qué consiste la revisión de los antecedentes?

Como parte del proceso de revisar los antecedentes, usted tiene que entregar sus huellas dactilares y decir si alguna vez ha sido declarado culpable de un delito que no sea una violación menor de tráfico. El Departamento de Justicia y la Oficina Federal de Investigaciones (FBI) revisarán sus huellas dactilares con la información en los registros penales que ellos tienen. Si usted va a tener contacto con niños, también se revisará la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños para ver si su nombre aparece en esta lista. Ésta es una lista de personas que han sido reportadas por haber cometido un posible abuso de niños. Si no ha sido declarado culpable de haber cometido un delito y no tiene antecendentes de haber cometido abuso de niños, usted recibirá una "aprobación" *(clearance).*

¿Qué sucede si usted tiene una condena penal?

Si alguna vez fue declarado culpable de un delito, que no sea una violación menor de tráfico, aún si esto sucedió hace mucho tiempo, usted no puede ser dueño de un establecimiento que proporciona cuidado; tampoco puede vivir ni trabajar (en algunos casos, incluyendo como voluntario) en el establecimiento, a menos que tenga una "exención". Si el Departamento de Justicia nos notifica que usted fue declarado culpable de un delito, notificaremos a la persona que opera el establecimiento que se necesita una exención. Si fue declarado culpable de un delito mayor o si está bajo supervisión de libertad condicional *(probation)* después de haber sido declarado culpable de un delito, probablemente no se le otorgará una exención.

No califica para una exención relacionada con los antecedentes penales si usted alguna vez fue declarado culpable de un delito mayor tal como un robo, agresión sexual, abuso de niños, abuso de personas de edad avanzada o de adultos dependientes, violación, robo de primer grado, incendio premeditado, o secuestro. **Este tipo de delitos no puede ser exento y si usted fue declarado culpable de haber cometido alguno de ellos, por ley nunca se le permitirá entrar en un establecimiento que proporciona cuidado.**

¿Cómo puedo obtener una exención relacionada con los antecedentes penales?

Como parte de la solicitud para una exención, la persona que opera el establecimiento o usted tiene que enviarnos pruebas convincentes de que usted es una persona de buen carácter moral a pesar de haber sido declarado culpable de un delito. Revisaremos cualquier información que usted presente al igual que el número y tipo de delitos cometidos, cuánto tiempo ha pasado desde que se cometió el delito (o delitos), que clase de trabajo estará haciendo y si estará trabajando con niños, adultos, o personas de edad avanzada. (No es necesario divulgar ofensas relacionadas con la mariguana las cuales se tratan bajo las nuevas leyes de reforma sobre mariguana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.) Si encontramos que usted no dijo la verdad cuando presentó la información para su exención, negaremos su solicitud para exención. En la mayoría de los casos, si actualmente está bajo libertad condicional (*probation* o *parole*) supervisada, **no** se otorgará una exención. Si se niega la exención, y usted está casado o está viviendo con alguien que está solicitando una licencia y se va a proporcionar cuidado en su hogar, la solicitud de él o ella se negará debido a que todas las personas que viven en el hogar tienen que tener una aprobación o una exención. Si se le otorga a usted una exención relacionada con los antecedentes penales, y después se muda o quiere trabajar en un establecimiento diferente, su exención se volverá a evaluar basádose en el nuevo papel que desempeñará y en las leyes, ordenamientos, y prácticas actuales. Si es arrestado o se le declara culpable de un delito después de haber recibido una exención, es posible que la exención se cancele. Si está casado o vive con alguien que tiene una licencia y se proporciona cuidado en su hogar, es posible que la licencia del establecimiento se suspenda o revoque.

Le recomendamos que lea los ordenamientos sobre la exención relacionada con los antecendentes penales para licenciamiento para que se entere cuánto tiempo tiene que transcurrir después de haber sido declarado culplable para que usted pueda calificar para una exención. Algunos delitos requieren que transcurra más tiempo que otros. Los ordenamientos y otra información se encuentran en nuestro sitio web www.ccld.ca.gov.

¿Cuánto tiempo se tarda en completar el proceso de exención de antecedentes penales?

Si usted no tiene antecedentes penales, una aprobación por lo general se tarda unos cuantos días. Si se necesita una exención, puede tomar tres meses o más para completar el proceso.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EXENCIONES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES PENALES BAJO EL DECRETO DE CALIFORNIA SOBRE REGISTROS PÚBLICOS

Si se le otorga una exención relacionada con los antecedentes penales, su nombre se puede hacer de conocimiento público si es que hay una petición para ello. Si usted es el dueño de un establecimiento y tiene personal, residentes o voluntarios que tienen una exención relacionada con los antecedentes penales, se puede dar al público el nombre de su establecimiento, si es que hay una petición para ello.

Arvin Union School District

ARVIN STATE PRESCHOOL
Volunteer "Good Health" Statement

I _____, am in good health and have no communicable diseases.
(Name)

_____ _____
(Signature) (Date)

To: All Preschool Parents
Parent Participation & Parent Volunteers

Arvin State Preschool provides a great service of preparing your child for the beginning of their life long experience of learning. We are committed to your child's achievement and preparation for kindergarten. The State of California recently passed Senate Bill 792 which requires those who work in a day care, or any child care facility licensed by the State Department of Social Services to be immunized against influenza, pertussis and measles. Also, each employee and volunteer shall receive the tuberculosis skin test or X-rays.

The school site team and I ask that when you **participate** in your child's classroom that you actively interact and supervise all children. It is the district goal to have parents as partners in education. If you have any questions, please call the office at 854-6580.

Mrs. Salinas
Preschool Director

Parents Signature Date

_____ _____

Arvin Union School District

ARVIN STATE PRESCHOOL
Voluntario "Buena Salud" Declaración

Yo _____, estoy en buena salud y no tengo ninguna enfermedad contagiosa.
(Nombre)

_____ _____
(Firma) (Fecha)

Para: Todos Los Padres y personal de la pre-escuela
Participación y Padres Voluntarios

La Pre escuela de Arvin proporciona un gran servicio de preparación de su hijo/a para el comienzo de su larga experiencia de aprendizaje. Estamos comprometidos con el logro y preparación de su hijo/a para el Kínder. El Estado de California aprobó recientemente la Ley del Senado 792, que requiere que las personas que trabajan en una guardería, o cualquier centro de cuidado infantil con licencia del Departamento de Servicios Sociales del Estado a ser vacunado contra la gripe, la tos ferina y el sarampión. Además, cada empleado y voluntario recibirá la prueba de la piel para la tuberculosis o radiografías.

El equipo del plantel escolar y yo le pedimos que cuando usted participe en el salón de clases de su hijo/a y que interactúa activamente y supervisar a todos los niños. Es la meta del distrito tener padres como socios en la educación. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina al 854-6580.

Sra. Salinas
Directora del Programa

Firma de Padres Fecha

_____ _____

ARVIN UNION SCHOOL DISTRICT

Pre-K **Child's Name** _____ **Center's Name** _____

California State Preschool Program Admission Criteria:

Children ages three (3) or four (4) on or before September 1, 2019

Family's whose adjusted monthly income does not exceed CDE income ceiling

Admission Priorities:

First priority is given to Child Protective Services' Children – regardless of income Homeless children and students with IEP's

Eligible four year-olds have priority over eligible three year-olds

Families with the lowest adjusted monthly income shall be admitted first

Basic Child Development Services:

Developmentally and Culturally Appropriate Environments, Nutritional supplement

Social, emotional, physical, language, creativity, and cognitive developmental activities

Individual Developmental Profiles

Two individual parent conferences per school year

Supplemental Services:

Referral to Arvin Union School District ("AUSD") Search and Serve for language, health, and/or mental needs.

Refer *to local Family Resource Center and Referral Services, Community Connection for Child Care, Kern County Superintendent of Schools*

Transportation:

Transportation is the sole responsibility of the parent or guardian

Payment provisions:

The 2014 Budget Act included language to repeal fees for families enrolled in the part-day CSPP. Effective July 1, 2014, family fees will not be assessed or collected for children receiving part-day CSPP services.

Notice Termination:

Consequences of Nonpayment of Delinquent Fees, Section 18116, family shall be ineligible for services until all delinquent fees are paid.

Modification of agreement:

AUSD shall provide a thirty-day calendar written Notice of Action to the parent or authorized representative prior to changes in services. This agreement is subject to termination with a thirty-day written Notice of Action either mailed or given to adult.

Licensing:

The California Department of Social Services, Community Care Licensing Division shall have the authority to interview children or staff; and to inspect and audit child or facility records without prior consent. The licensee shall make provisions for private interviews with any child(ren), or any staff member and for the examination of all records relating to the operation of the facility. The Department of licensing agency shall have the authority to observe the physical condition of the child(ren) including conditions which could indicate abuse, neglect, or inappropriate placement.

I received the AUSD CSPP Parent Handbook, which includes a copy of the Admission Agreement.

_____ _____

Parent Signature **Date** **Principal Signature** **Date**

ARVIN UNION SCHOOL DISTRICT
ACUERDO DE ADMISION AL PROGRAMA DE
PRE Kínder ESTATAL

_____ Pre kínder de la Escuela _____
Nombre del niño Nombre del centro

Criterios de admisión al programa preescolar del estado de California (CSPP):

Niños de tres (3) o cuatro (4) anos de edad antes de/1 de septiembre 2019
Las familias cuyo ingreso mensual ajustado no sobrepasa el límite de ingresos de CDE.

Prioridades de admisión:

La prioridad principal se da a niños con Servicios Protección de Menores (CPS)-sin importar e/ingreso
Los niños/elegibles de cuatro años de edad tienen prioridad sobre los niños de tres años de edad
Las familias con el menor ingreso mensual ajustado serán admitidas primero

Servicios básicos para el desarrollo infantil: *Ambientes apropiados según e/desarrollo y la cultura*
Suplemento nutritivo
Actividades del desarrollo social, emocional, físico, lenguaje, creatividad, y actividades de desarrollo cognoscitivo
Perfiles del desarrollo individual
Dos conferencias individuales con los padres por cada ano escolar

Servicios suplementarios:

Servicios de referencia a Search and Serve (busqueda y servicio) del Distrito Escolar de Arvin ("AUSD'J para las necesidades de lenguaje, salud y/o mental Referencias a los servicios locales de recursos y referencias, conexion en la comunidad para el cuidado de niños, Superintendencia de las Escuelas del Condado Kern

Transporte:

El transporte es la responsabilidad de los padres o tutores

Provisión de pagos:

Cuotas familiares se cargan o solicitadas para las familias de los niños en edad preescolar matriculados en base a la lista de tarifas de la familia. Las cuotas se vencen mensual y deben ser pagados en su totalidad el primer día de cada mes. Servicios se terminan 2 semanas desde la fecha de aviso, salvo todas las cuotas atrasadas se pagan antes del final del período de dos semanas (Título 5 Sección 18114) el pago es delincuente después de siete días. El acto de 2014 tiene lenguaje que elimina las tarifas para las familias inscritas en parte tiempo del programa CSPP. Efectivo July 1, 2014, las tarifa so seran colectadas para los personal del parte dia del programa CSPP.

Aviso de Terminación de Servicios

Consecuencias de la falta de pago de las cuotas atrasadas, la sección 18116, la familia no serán elegibles para los servicios hasta que se paguen todas las cuotas delincuentes.

Modificación del acuerdo:

El AUSD proporcionara un aviso de acción escrito con treinta días de anticipación a los padres o a/representante autorizado antes de los cambios de los servicios. Este acuerdo se puede anular con un aviso de acción escrito de treinta días ya sea enviado por correo o entregado a un adulto.

Licencia:

El Departamento de Servicios Sociales de California, División de Licencias de Cuidado Comunitario tendrá la autoridad de entrevistar a los niños o e/personal e inspeccionar y revisar los registros del niño o de/local sin previa consentimiento. La persona autorizada hará provisiones para las entrevista privadas con algún(os) niño (s}, o algún miembro del personal y para e/examen de todos los registros relacionados con la operación del local. El departamento de agencia de permisos tendrá la autoridad de observar la condición física del (los) niño(s) incluyendo las condiciones que podrían indicar abuso, negligencia o colocación inapropiada.

Recibí el manual para padres del programa pre escolar del estado de California (CSPP) del *AUSD* el cual incluye una copia del acuerdo de admisión.

_____ _____
Firma de los padres /Fecha Firma del director Fecha

COMMUNITY SERVICES/SERVICIOS de COMUNIDAD

Child's Name/nombre del niño_____ Parent/padre_____
Address/domicilio_____
Phone/teléfono #_____

I am interested in more information about: √ Estoy interesado en obtener más información acerca de: √

FAMILY RESOURCE CENTER 207 SOUTH A STREET
FAX: 854-6599

KAREN DAVIS 854-6526
LUIS CARMONA 854-6528
MARIA ESCOBEDO 854-6525
AMALIA LEAL 854-6536
FAMILY ADVOCATE 854-6527

EDUCATION

_____ARVIN HIGH ADULT SCHOOL
_____BAKERSFIELD ADULT SCHOOL
_____BAKERSFIELD COLLEGE
_____UNIVERSITY OF CALIF., BAKERSFIELD
_____ADULT LITERACY SERVICES

_____EMPLOYERS TRAINING RESOURCE

HEALTH

_____ARVIN FAMILY MEDICAL
_____DEPT. OF HUMAN SERVICES
_____SUICIDE PREVENTION
_____SEARCH AND SERVE
_____KERN COUNTY MENTAL HEALTH SERVICES
_____KERN HOSPICE
_____34TH STREET COMMUNITY HEALTH CENTER

MARRAGE/FAMILY COUNSELING

_____California Self-Help Center
_____Alliance Against Family Violence
_____Child Guidance Clinic
_____Alcoholics Anonymous
_____Kern Child Abuse Prevention
_____Child Protective Services
_____AWARE (Drug and Alcohol)
_____Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays
_____Consumer Credit Counseling
_____Warm Line

DIRECT LINK FOR THE DISABLED

_____Clinica Sierra Vista
_____Arvin Health Dept.
_____Kern County Health Dept.
_____Planned Parenthood
_____Crisis Pregnancy Center
_____Mercy Hospital
_____Kern Medical Center
_____San Joaquin Hospital
_____Memorial Hospital

TRANSPORTATION

_____Arvin Transportation Dept
_____ Golden Empire Transit

FOOD

____Gleaners
_____SHARE
_____Dept. of Human Services
_____WIC
_____Gain
_____Arvin Union School District

CHILD CARE

_____Even Start
_____Head Start
_____KCEOC

ADULT CARE

____Greentree
____Senior Citizens Center
_____Kern County Senior Nutrition Program

HOUSING/LOW INCOME

_____Bear Mt. Apartments
_____Fair Housing Division
_____Valley Gold Realty
_____Villa Del Comanche Apt.
_____Kern County Housing Authority
_____Hood Street Apartments
_____Bear Mountain Village
_____Arvin Housing Authority

LANDLORD/TENANT RIGHTS

_____Legal Services of Northern California
_____U.S. Dept. of Housing & Urban Dev.

EMERGENCY ASSISTANCE

_____Salvation Army
_____St. Vincent de Paul
_____Kern County Welfare
_____American Red Cross
_____Federal Emergency Management
_____Kern County Office of Emergency Services

CONSUMER INFORMATION

_____U.S. Consumer Product Safety
_____Better Business Bureau
_____Citizens for the Betterment of Community and County
_____California Department of Consumer Affairs

Other Services: _____

_____ Signature/Firma

_____ Date/Fecha

Family Resource Center 207 South A Street
Fax: 854-6599

Karen Davis 854-6526
Luis Carmona 854-6528
Maria Escobedo 854-6525
Amalia Leal 854-6536
Family Advocate 854-6527

Arvin School District Administration

737 Bear Mountain Boulevard
Arvin, CA 93203
State Pre-K Office: (661) 854-6580
District Office (661)-854-6500
Fax: (661) 854-2362

Superintendent	**Georgia Rhett**
Assistant Superintendent	**Emma Pereida Martinez**
Pre-K Director State Pre-Kindergarten Program	**Angelica Salinas**
Preschool Special Ed and AUSD Director	**Kathie Kouklis**
Preschool Site Principal	**BME Magdalena Hernandez**
	ECR Dr. Beatrice Gray
	SV Rose Borquez
Pre-K Staff Clerk	**Valerie Marmolejo**

Students must be Age 3 by September 1

Location of Pre-K Sites:

Bear Mountain Elementary
633 Walnut
Arvin, CA 93203
661-854-6590

El Camino Real
911 El Camino Real
Arvin, CA 93203
661-854-6661

Sierra Vista Elementary
300 Franklin
Arvin, CA 93203
661-854-6560