

# Inscripción de Dr. Day Care Child Development Center

Dirección Postal: 203 Concord St., Suite 301, Pawtucket, RI 02860

Línea gratuita- 1-877-333-1393 Número de fax 401- 475-4832

**Mary Ann Shallcross Smith, Ed.D, Presidente , "Dr. Day Care"**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  Mujer  Hombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Escuela del Niño/a \_\_\_\_\_ Número de Telefono \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestro programa

## Información de los Padres:

Padre/Tutor :

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Seguro de Médico \_\_\_\_\_

Número de la Cobertura \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono de Su Negocio \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Telefono de Celular \_\_\_\_\_

Padre/Tutor:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Seguro de Médico \_\_\_\_\_

Número de la Cobertura \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono de Su Negocio \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Telefono de Celular \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES A QUIENES EL NIÑO/A PUEDE SER ENTREGADO A LA HORA DE SALIDA Y/O EN CASO DE EMERGENCIA:**

(Favor de tomar en cuenta que: foto de identificación es requerido de quien venga a recoger a su hijo/a)

❖ Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Número de Licencia \_\_\_\_\_ Ciudad Código Postal  
Número de Telefono \_\_\_\_\_ Relación al Niño/a \_\_\_\_\_

❖ Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Número de Licencia \_\_\_\_\_ Ciudad Código Postal  
Número de Telefono \_\_\_\_\_ Relación al Niño/a \_\_\_\_\_

❖ Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Número de Licencia \_\_\_\_\_ Ciudad Código Postal  
Número de Telefono \_\_\_\_\_ Relación al Niño/a \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna necesidad especial?  Sí  No

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? Sí es así, favor de añadir debajo:

¿Hay alguna circunstancia en la liberación de su hijo/a?  Sí  No

Si hay algunas instrucciones especiales, tales como la custodia de su hijo/a o órdenes de alejamiento se debe adjuntar a esta solicitud y discutido personalmente con el/la director/a. Toda la información que usted nos de se mantendrá confidencial.

## **AUTORIZACION DE PADRES PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

En consideración especial, yo \_\_\_\_\_ autorizo a Dr. Day Care, Inc. a cualquier

Padre/Madre

arreglo para un examen médico y/o tratamiento de mi hijo/a , \_\_\_\_\_ en caso de emergencia

Nombre

en la escuela o en un paseo. Se entiende que un esfuerzo de conciencia se hará por la escuela para ponerse en contacto conmigo a los números de emergencia que yo escribo debajo, antes de cualquier actuación médica sea tomada. Yo preferiría que mi hijo/a, en caso de necesidad , sea transferido al \_\_\_\_\_ . (\*Elección de hospital

\*Hospital

Puede ser limitado por el servicio de rescate local.)

Si su hijo/a está actualmente tomando algún medicamento, favor de indicar el nombre del medicamento y la dosis:

(Si su hijo/a tiene que tomar el medicamento durante el horario que está en Dr. Day Care Child Development Center, favor de solicitar un formulario de medicamentos)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ la Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director's Initials & Date

## HISTORIA DEL DESARROLLO

Nombre del/la niño/a \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Hermano(s) \_\_\_\_\_  Hermana(s) \_\_\_\_\_  
Los padres , otros adultos o niños que que vivan en el hogar: \_\_\_\_\_

### ▪COMIDA

Que le gusta a su hijo/a: \_\_\_\_\_  
Que no le gusta a su hijo/a: \_\_\_\_\_  
Fórmula (tipo): \_\_\_\_\_  
Horario típico de comida al día: \_\_\_\_\_

### ▪DORMIR

Hora habitual que duerme su hijo/a: \_\_\_\_\_ Hora de la mañana su hijo/a se despierta:: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo/a duerme su tiempo complete durante la noche?  Sí  No Horario de siesta:: \_\_\_\_\_  
¿Con quien más comparte su hijo el dormitorio? \_\_\_\_\_  niño/a  adult  
\_\_\_\_\_  niño/a  adult

Dr. Day Care sigue las directrices establecidas por la Academia Americana de Pediatría y pone a los niños en sus espaldas durante el tiempo de descanso. Asimismo, no coloque objetos adicionales en la cuna de su hijo a menos que haya indicado a continuación. Si desea que su niño sea colocado en una posición diferente, por favor, obtener una nota del pediatra desu hijo describiendo la manera de colocar a su hijo en su / cuna. Si su hijo reside en un artículo en particular, por favor indique aquí:

### ▪VESTIMIENTO Y BAÑO

¿Su hijo/a avisa cuando tiene que ir el baño?  Sí  No  
¿Que terminos usa su hijo/a para orinar?: \_\_\_\_\_ Para evacuar?: \_\_\_\_\_  
¿Se viste su hijo/a por si mismo/a?  Sí  No ¿Áreas en la cual necesita ayuda? \_\_\_\_\_

¿Abotonandoce?  Sí  No ¿Cierre de cremallera?  Sí  No ¿Se peina por si mismo/a?  Sí  No

### ▪DESAROLLO

¿Peso al nacer?: \_\_\_\_\_  Toma biberón  Amamantado  ¿A qué edad dejo de ser amamantado?

¿Puede caminar?:  Sí ¿A qué edad empeso a caminar? \_\_\_\_\_  No  
¿A qué edad fue su hijo/a entrenado a usar el baño? \_\_\_\_\_

¿Puede aquellos de la familia entender a su hijo/a cuando habla?  Sí  No

Describe como su hijo/a comunica sus necesidades y deseos: \_\_\_\_\_

Liste algun temor o habito que tenga su hijo/a: \_\_\_\_\_

Liste cual es la mayor forma para consolar a su hijo/a: \_\_\_\_\_

### ▪DISCIPLINA

¿Como es su hijo/a disciplinado en casa?

¿Tiene usted alguna preocupacion en especial acerca la disciplina de su hijo/a?

¿Es su hijo/a permitido tomar decisiones?  Sí  No

¿Ayuda su hijo/a con los trabajos de la casa?  Sí  No ¿Ásiendo que? \_\_\_\_\_

### ▪EL JUEGO Y LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS

Principal juego de interes: \_\_\_\_\_

¿Juegos favorito: \_\_\_\_\_

¿Juega su hijo/a o tiene acceso a un jardín?  Sí  No

¿Tipos de equipos con los cuales su hijo/a esta familiarisado? \_\_\_\_\_

Juega asolas  Juega con demas niños  Juega con adultos

¿Juega su hijo/a bien con demas niños?  Sí  no ¿Ha tenido su hijo/a experiencias con otros grupos?  Sí  No

Si contesto“sí”, ¿ cuales?  Clases religiosa  Escuela infantil  Grupo de juegos  Guarderia

Cuentos

favoritos: \_\_\_\_\_

Reacción asia desconocidos (en una escala de 1 al 10 donde 1 es más tímido y 10 es mas aceptable) \_\_\_\_\_

**Con el fin de proporcionar la máxima calidad de atencion para su hijo/a, favor de asegurarse de incluir en el siguiente espacio alguna información de importancia acerca de su hijo/a (ejemplo: emocionales, sociales, físicas o de comportamiento):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Iniciales del padre/ la madre

### Contrato de Acuerdo de los Padres

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Nombre del niño \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

• **Favor de llenar las horas necesarias para el programa en el día correspondiente (ejemplo, martes 2:45-6:00pm).**

AM: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_

PM: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_

\*La matrícula para los servicios serán los siguientes : \$ \_\_\_\_\_ por semana, basado en el agenda anterior.

*(Cuido de tiempo completo no será superior a 50 horas por semana. Usted puede ser sujetado a cargos adicionales si se superan estas cantidad de horas )*

#### Metodo de cargos semanal: (circule) Efectivo      Cheque      EFT

√ cuales comidas deben ser servidas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desayuno					
Almuerzo					
Merienda PM					

- Para asegurar un espacio para su hijo/a, una facture de inscripción no reembolsable y la matrícula de la primera semana es obligatoria.
- Una factura de única vez por inscripción sera de \$ 50 por niño/a / \$ 75 por familia. Una facture de actividad de \$33 por nino/a al ano se le cobrará a la 3<sup>ra</sup> semana de septiembre.
- El pago de la matrícula y el registro se vence en o antes del primer día que se le empieze el cuidado de su hijo/a. A partir de entonces la matricula se debe el viernes antes de la próxima semana de servicio. Si paga con cheque, favor de escribir el nombre de su hijo/a en la parte de memo del cheque y la semana de pago.
- Nuestro sistema automático de facturación cobra una factura de \$ 10.00 a cualquiera cuenta no pagado al finalizar el día viernes.
- Las cuentas atrasadas puede ser sujeta a la terminación y el padre / tutor es responsable de los litigiación.
- Habrá un cargo de \$25.00 asia todos los pagos que son devueltos por fondos insuficientes.
- Usted puede ser sujetado a una facture de un dólar por minuto por atraso de recojimiento de su hijo/a después del serrie del centro. Después del cierre del centro , si a Dr. Day Care se le es imposible ponerse en contacto con usted o los contactos de emergencia prevista, las autoridades locales será llamada después de que un razonable tiempo ha pasado.
- Ningún niño/a sera atendido cuando se está enfermo con una enfermedad contagiosa, por el bienestar de su hijo/a, así como por los demás. El crédito no puede ser emitido para un niño/a que este enfermo. De ausencias prolongadas por enfermedad, los padres pueden optar por usar el crédito de una semana de sus vacaciones. Favor de hablar con el/ la director/a del centro o llame a nuestro departamento de facturacion (401-723-2277).
- Cuando se cancela la inscripción de un niño/a, un aviso de dos semanas se debe dar por escrito al/ la director/a del centro. Si no se da aviso, su cuenta sera facturada como consecuencia.  
Crédito de vacaciones – de 2 semanas se les permite al año (septiembre – agosto) a la mitad de su tarifa de matrícula regular o puede tener a su hijo/a asistir a tiempo y medio. Vea al/ la Director/a para más información.
- Para mantener el personal adecuado / número de alumnos, las fechas y horas acordado en este contrato sólo puede ser modificado cuando otro contrato se ha completado.
- Póngase en contacto con su director/ a lo antes possible si usted necesita cambiar su información personal o días y horarios acordado. (Ejemplo: Persona de emergencia, dirección, números de teléfono de domicilio/ trabajo, horarios, tarifas, informacion medica, etc)
- Dr. Day Care permanecerá cerrado los días festivos del estado de Rhode Island . Los pagos de colegiatura semanal seguirá el mismo. Nota: inscribirse a tiempo parcial, si su hijo/a tiene previsto asistir al centro en unos de esos días festivos el día de cuidado no puede ser substituidos por la razon de que probablemente no habra suficientes empleados para cada estudiante para ese día. Nuestra polisa del programa es mantenerse abierto a menos que el gobernador declare estado de emergencia.
- Mal Tiempo/ Días Profesionales/ Días de Elección- (esta sección sólo se aplica a los niños en nuestro programa de edad escolar). Si Dr. Day Care está abierto para un día complete en el caso de mal tiempo, día profesional de los maestros o días de las elecciones y su niño/a normalmente asiste al centro ya sea antes o después de la escuela ese día, se le cobrará un adicional de \$ 15 a su tarifa regular si su hijo/a asiste por el día complete. Si un niño/a no esta inscrito para un día determinado y requiere cuidado todo el día, se les cobrará la tarifa de vacaciones diaria.
- Por el presente comunicado yo libero a Dr. Day Care, Inc., sus oficiales, directores, y empleados de toda responsabilidad por lesiones a mi hijo/a, en exseso de la cantidad pagable por el seguro de Dr. Day Care Inc.

Dr. Day Care no discrimina por motivos de raza, color sexo, discapacidad religión o origen nacional. Dr. Day Care se reserva el derecho a su entera discreción para rechazar una solicitud o despedir a un niño/a de nuestro programa.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del padre/la madre & fecha

\_\_\_\_\_  
Director's Initials & Date

**Transferencia Electrónica de Fondos / Carga Electrónica de Tarjeta de Credito  
Acuerdo de Pago Automático**

Nombre(s) del/los Niño(s) \_\_\_\_\_

Dr. Day Care locación \_\_\_\_\_

**Plan de pago I – Giro de plan automático** (retiro semanal de la cuenta bancaria de la chequera o ahorros)

Nombre de la Persona en la Tarjeta \_\_\_\_\_  Chequera  
 Ahorros

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de Banco \_\_\_\_\_

Número de Ruta y Tránsito de cheques \_\_\_\_\_ Numero de cuenta (Adjunte un cheque anulado) \_\_\_\_\_

Firma de Autorización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Plan de pago II – Tarjeta de Crédito** (Cargo a tarjeta de credito semanal)

Tipo de cuenta para los pagos (marque uno):  Discover  MasterCard  Visa

Número de la tarjeta de credito \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Los 3 dígitos de seguridad del reverse de la tarjeta \_\_\_\_\_

Nombre segun aparece en la tarjeta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Firma de Autorización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización al Banco**

Yo le autorizo a Kids Klub, Inc./Dr. Day Care que retire \$ \_\_\_\_\_ el viernes de cada semana antes de la semana de servicio de mi cuenta con la institución financiera nombrada arriba por el pago de mi matricula semanal de cuidado infantil. Entiendo que tengo el derecho a poner fin a estos pagos automáticos por escrito 14 días antes de que se retire los cargos. También tengo por entendido que Kids Klub, Inc. se reserve el derecho a poner fin a este plan de pago y mi participación en él. Yo entiendo que las transacciones devueltas por mi institución financiera por falta de fondos en mi cuenta se traducirá a un costo de \$25 se volverá añadido a mi cuenta de Kids Klub Inc./Dr. Day Care.

Favor de comenzar con el inicio del ciclo de facturación \_\_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año).

Firma de Autorización \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Pago de Plan III** - Pagará en efectivo los viernes de cada semana a el Director/ la Directora \_\_\_\_\_

# Página de Autorización del Padre

**Permiso de viaje de campo:** Las excursiones serán planificadas como parte del programa de Dr. Day Care para niños mayores de 4 años de edad. Esto incluye caminar a las áreas cercanas, así como actividades al aire libre participación de bus y/o transporte en van. Todas las preocupaciones posibles, se ejercerán para garantizar la seguridad y el bienestar de su hijo/a. Sin embargo, todos los agentes autorizados no serán responsables, financieramente o de otra manera, si ocurre algún accidente. Esta casilla marcada le da permiso al personal de Dr. Day Care para llevar a su hijo/a a cualquier viaje de campo y participar en presentaciones especiales (ejemplo: títeres, cuenta cuebiertos, etc) **Si hay alguna circunstancia especial, en cuanto a las excursions o las presentaciones, que se le aplica a su hijo/a por favor notifique a su director por escrito inmediatamente.**  sí  no

**Hospital/ Permiso de emergencias:** Yo autorizo a Dr. Day Care de actuar como agente de los padres en una situación de emergencia para la salud y el bienestar de mi hijo/a. Yo soy responsable de los gastos ocasionados, si los servicios de un médico o un hospital es necesario.  sí  no

**Permiso de fotografía y vídeo:** Doy permiso al personal de Dr. Day Care para tomar fotografías y/o vídeos de mi hijo/a para las relaciones públicas y/o con fines de marketing. Las fotos se conservaran archivados en la oficina del Dr. Day Care y puede ser utilizada para fines de promoción sin previo aviso.  sí  no

**Permiso del Departamento de Escuela:** (para niños de edad escolar) yo doy permiso al personal de Dr. Day Care para obtener los formularios médicos y de alimentos del programa federal de la persona designada por la escuela elemental. Doy permiso al personal de Dr. Day Care para comunicarse con los maestros de escuelas del departamento/personal con respecto a los debers de asistencia y tutoría para mi hijo/a.  sí  no

**Permiso de protección solar:** el personal de Dr. Day Care tiene permiso para aplicar protector solar a mi hijo/a.  sí  no

Marque uno:

Me comprometo a traer un protector solar etiquetado para cada uno de mis niños enscrito en la güardería de Dr. Day Care.

La marca que yo mandare para el uso de mi hijo es:

\_\_\_\_\_

Yo entiendo que es mi responsabilidad de mantener un suministro adecuado de protección solar para mi hijo/a.

Me gustaria que Dr. Day Care proporcione protección solar marca Mountain para mi hijo/a para un cargo de\$5.00 para todo el verano. Los \$5.00 serán facturados a la facture de junio de cada año.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del niño/a**

Dr. Day Care esta diseñado para mejorar y reforzar cada etapa del desarrollo de su hijo/a. Si dudas o preguntas surgen respecto a la participación de su hijo/a todas las partes llegaran a una solución. Dr. Day Care disfruta de su hijo/a y proporciona una vida feliz, medio ambiente sano, educativo y enriquecedor para ellos y espera cumplir con sus expectativas.

**Si usted tiene alguna preocupación acerca de lo detallado por favor haga una nota aquí.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Iniciales del padre/la madre y fecha**

# DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL NIÑO/A

Favor de rellenar por debajo o incluya una foto del niño/a aquí

Nombre del niño/ la niña \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Marcas de nacimiento \_\_\_\_\_

Estructura de huesos \_\_\_\_\_

Identidad racial/étnica \_\_\_\_\_

**Con el fin de proporcionar la máxima calidad de atención para su hijo, favor de asegurarse de incluir en el siguiente espacio proporcionado alguna información importante acerca de su hijo/a (es decir, emocionales, sociales, físicas o de comportamiento de los cuales usted crea importante de que estemos informados).**

---

---

---

---

---

# Formulario de Absentismo de DSH

(Este formulario debe ser completado por las familias que reciben el subsidio de cuidado infantil del Departamento de Servicios Humanos. Si Usted no recibe asistencia financiera del DSH no es necesario llenar este formulario)

A quien le interese:

Durante la semana del \_\_\_\_\_

mi hijo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

no asistio a Dr. Day Care, Inc. el día \_\_\_\_\_ a causa de  
(nombre de localidad)

\_\_\_\_\_  
(razón de la ausencia)

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(firma de los padres)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

-----

# Formulario de Absentismo de DSH

(Este formulario debe ser completado por las familias que reciben el subsidio de cuidado infantil del Departamento de Servicios Humanos. Si Usted no recibe asistencia financiera del DSH no es necesario llenar este formulario)

A quien le interese:

Durante la semana del \_\_\_\_\_

mi hijo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

no asistio a Dr. Day Care, Inc. el día \_\_\_\_\_ a causa de  
(Nombre de localidad)

\_\_\_\_\_  
(Razón de la ausencia)

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Firma de los padres)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# Formulario de Consentimiento para Familiares de DSH

(Este formulario debe ser completado por las familias que reciben el subsidio de cuidado infantil del Departamento de Servicios Humanos. Si usted no recibe asistencia financiera del DSH no es necesario llenar este formulario)

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien le interese:

Yo \_\_\_\_\_ Autorizo al personal y los miembros de Dr. Day Care, (nombre del padre quien esta aplicando-en molden ) Inc. que abogue en mi nombre con oficiales del Departamento de Servicios Humanos del estado de Rhode Island.

Por igual, yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos para la liberación y discurso de toda informacion relevente acerca de mi caso con los representante de la guardería.

Nombre de mis hijos(as): 1. \_\_\_\_\_ Número de certificado: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

Por favor, póngase en contacto conmigo con cualquier pregunta o preocupación que tenga.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ la madre

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/ la madre (en molden)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Número de celular

School Name & Address:

Health Care Provider Name and Address:

STATE OF RHODE ISLAND SCHOOL PHYSICAL FORM

Phone:

This form may substitute for any district-issued form. All districts must accept this form. General health examinations shall be documented in a standardized format with one copy available from the Rhode Island Department of Health or in any such format that captures the same fields of information (R16-21SCHO Section 8.4)

Student Name: Last, First, Middle, Date of Birth, Sex, Address: Street, Apt #, City, State, Zip Code, Home Phone

PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION BELOW (May attach immunization transcript). The requested information is in accordance with the State of Rhode Island Rules and Regulations for: Immunization and Testing for Communicable Disease, School Health Programs, and Lead Poisoning Prevention. Website: www.rules.state.ri.us/rules

Table with columns for Immunizations: Hepatitis B, Diphtheria-Tetanus- Pertussis DTP/DTaP, Pneumococcal Conjugate PCV, Polio, Haemophilus Influenzae Type B Hib, Measles-Mumps-Rubella MMR, Varicella, Tetanus-Diphtheria-Pertussis Tdap, Tetanus-Diphtheria Td, Meningococcal. Includes dates and checkboxes for DT, IPV, OPV, and history of disease.

Immunization Exemption: Medical [ ] Religious [ ] [ ] Hepatitis B [ ] DTaP [ ] PV [ ] Hib [ ] PCV [ ] MMR [ ] Varicella [ ] Td/Tdap

PHYSICAL EXAMINATION

Date of PE, Height, Weight, BP

Please note any health problem, chronic health condition, or disability that may affect behavior or health at school:

ASTHMA: No [ ] Yes [ ] DIABETES: No [ ] Yes [ ] OTHER:

Significant Systems Findings:

ALLERGIES: No [ ] Yes [ ] (Please explain) EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR REQUIRED: No [ ] Yes [ ]

Treatment Plan:

MEDICATION (REQUIRED AT SCHOOL): No [ ] Yes [ ] (Please list)

Other medication(s) that may affect behavior or health at school:

RESTRICTIONS: Can participate in physical education: Fully [ ] With limitation [ ]

Can participate in sports: Fully [ ] With limitation [ ]

LEAD SCREENING (Required for children < 6 years of age only), VISION SCREENING (Required for children entering kindergarten), SCOLIOSIS SCREENING

TUBERCULOSIS (If required by school district) Date of TB test:

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE: DATE:

PRINT NAME: Revised 11-05 Director's Initials & Date

# FORMULARIO DE ALIMENTOS para Guardería Infantil

Fecha: \_\_\_\_\_

PARTE 1. NIÑOS EN GUARDERÍA			
Nombres de todos los niños en guardería (Nombre, Inicial, Apellido)	Niño Adoptado Temporal	Fecha de Nacimiento	Programa Complementario de Asistencia en Nutrición (SNAP) o RI WORKS (antes FIP), # de caso para cada miembro familiar. Si puso el # de caso, salte a Parte 3.
			# de caso para cada miembro familiar:  _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _

## PARTE 2. INGRESO TOTAL BRUTO DE LA FAMILIA USTED DEBE DECIRNOS CUÁNTO Y CON QUÉ FRECUENCIA

1. Nombre (Ponga el nombre de cada uno en el hogar)	2. Ingreso bruto y con qué frecuencia fue recibido <i>Ejemplo: \$250/mensualmente \$400/bi mensual \$125/cada otra semana \$190/semanal</i>				3. Marque si NO hay ingresos
	Ingresos del trabajo antes de deducciones	Bienestar Social, (Welfare) Pensión, Sustento Infantil	Pensión, Jubilación, Seguro Social	Otro	
1.					<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>
8.					<input type="checkbox"/>
9.					<input type="checkbox"/>

## PARTE 3. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la aplicación. Si la Parte 3 es completada, el adulto que firma el formulario debe también poner su número de Seguro Social o marcar el cuadro de "Yo no tengo Número de Seguro Social". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en el reverso de este formulario.)

*Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que el programa de cuidado infantil recibirá fondos Federales basados en la información que doy. Yo entiendo que personal oficial puede verificar (chequear) la información. Yo comprendo que si a propósito he dado información falsa, puede ser juzgado.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los últimos cuatro números de Seguro Social: XXX – XX- \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  Yo no tengo un Número de Seguro Social

## PARTE 4. RAZA E IDENTIDAD ÉTNICA DE LOS NIÑOS/AS (OPCIONAL)

Escoja un grupo de Origen Étnico:

Hispano o Latino     No Hispano o Latino

Escoja uno o más (sin importar el grupo étnico):

Asiático     Negro o Afro- Americano     Indio Americano     Nativo de Alaska     Nativo de Hawái o Otra Isla del Pacífico     Blanco

## NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES SOLAMENTE PARA USO OFICIAL.

**Conversión de Ingresos: Mensualmente: Semanalmente X 4.33, Cada 2 Semanas X 2.15, Bi-Mensual X 2**

Ingreso Total: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_ Semana, \_\_\_\_ Cada 2 semanas, \_\_\_\_ Bi-mensual, \_\_\_\_ Mes, \_\_\_\_ Año    Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Categoría de Elegibilidad: \_\_\_\_\_

Elegibilidad: Gratuita \_\_\_\_ Reducida \_\_\_\_ Negada \_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Temporal: Gratuita \_\_\_\_ Reducida \_\_\_\_ Periodo del: \_\_\_\_\_ (expira después de \_\_\_\_ días)

Firma del Oficial Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha de Aprobación: \_\_\_\_\_

_____ Director's Initials & Date
-------------------------------------

## Instrucciones para Llenar el Formulario de Beneficios de Alimentos

**Los niños adoptados son elegibles para alimentos gratuitos o a precio reducido sin importar el ingreso del hogar. Si desea aplicar para alimentos de un NIÑO ADOPTADO TEMPORAL (FOSTER CHILD) viviendo con usted, siga las instrucciones:**

Parte 1: Ponga el nombre del niño/a y su fecha de nacimiento.

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Firme el formulario. Número de Seguro Social no es necesario.

Parte 4: Responda estas preguntas si quiere.

**Si su familia recibe SNAP O RIWorks, siga estas instrucciones:**

Parte 1: Ponga el nombre de cada niño/a, fecha de nacimiento, y número del caso SNAP o RIWorks.

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Firme el formulario. Número de Seguro Social no es necesario.

Parte 4: Responda estas preguntas si quiere.

**TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Nombre a cada niño/a asistiendo en este centro de cuidado infantil y su fecha de nacimiento.

**Parte 2:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar el último mes.

**Columna 1- Nombre:** Ponga el primer nombre y apellido de **cada** persona viviendo en su hogar, sea familiar o no (como ser abuelos, otros familiares, o amigos, niños adoptado temporal). Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños/as. Adjuntar otra hoja de papel si es necesario).

**Columna 2- Ingreso Bruto y con qué frecuencia fue recibido:** Para cada miembro de la familia, ponga cada tipo de ingreso recibido por mes. Usted debe decirnos con qué frecuencia es recibido—semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes, o mensualmente. Por cada salario, asegure de poner el **ingreso bruto**, no el pago que se lleva a la casa. El **Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de deducciones e impuestos**. Debe estar nombrado en el talón de su cheque de pago o su jefe puede decirle.

Para otros ingresos, ponga la cantidad que cada persona recibió en el mes, de bienestar social, (Welfare) pensión, manutención infantil, jubilación, Seguro Social, Trabajo Compensatorio, des-empleo, beneficio de huelga, Ingreso de Sustento Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (VA beneficios), beneficios de discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Reporte el ingreso neto de negocios personales, finca agrícola o ingresos de renta. Al lado de la cantidad, escriba la frecuencia con qué la persona lo recibe. Si usted está en la Vivienda Militar Iniciativa de Privatización o recibe un pago de combate, no incluya esas cantidades como ingresos.

**Columna 3- Marque si no hay ingresos:** Si la persona no tiene ningún ingreso, marque este cuadro.

**Parte 3:** Un miembro adulto del hogar debe firmar y poner su Número completo de Seguro Social, o marcar el cuadro si no tiene uno.

**Parte 4:** Conteste esta pregunta si quiere hacerlo. Nosotros pedimos esta información solamente con el propósito de cumplir con las leyes Federales de derecho civil, y su respuesta no afectará ser considerado para esta aplicación.

Dando esta información, usted nos apoya en asegurar que este programa sea administrado en una forma no discriminatoria.

**Acta de Declaración de Privacidad: Esto explica como usaremos la información que nos proporciona.** El Acta de Merienda Escolar Nacional requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar a sus niños/as para alimentos gratuitos o a precio reducido (si el programa de la guardería tiene un costo separado para alimentos) o la guardería no recibe los fondos federales máximos para proveer el programa de alimentos (si el programa de la guardería provee alimentos sin ningún costo). El número de Seguro Social del miembro del hogar que firma la aplicación es requerido A NO SER QUE, figure en la lista del número de caso para Cupones de Alimentos o FIP para todos los niños para los que está aplicando. O si usted, está aplicando para un niño/a adoptado. Usted debe marcar el cuadro "Yo NO tengo Número de Seguro Social" si el adulto miembro del hogar firmando la aplicación no tiene Número de Seguro Social. Nosotros USAREMOS su información para ver si sus hijos/as son elegibles para alimentos gratuitos o a precio reducido, para llevar a efecto el programa, y para reforzar las reglas del programa. Nosotros PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición, para ayudarles a ellos a evaluar, buscar fondos, o determinar beneficios para sus programas; con auditores que revisan programas y oficiales que hacen cumplir, la ley para ayudarlos a ver, el mal uso de las reglas del programa.

**Declaración de No-discriminación: Explica que hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.** De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame gratuitamente al 866-632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicare con el USDA por medio del servicio de retransmission federal (Federal Relay Service) al 800-877-8339 o al (800) 845-6163 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.

Además, Rhode Island no discrimina en base a orientación sexual o religiosa. Para someter una queja de discriminación en el programa de alimentos basado en orientación sexual o religiosa, póngase en contacto con el: Departamento de Educación de RI, oficina de "Equity and Access", 255 Westminster Street, Providence, RI 02903 o llame al (401) 222-4600.

**¿Necesita seguro médico gratuito o a bajo costo para sus niños/as? Llame a RiteCare al 462-5300 (462-3363 TTY).**

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn and to grow. This child care program provides meals everyday to all enrolled children. Your child is enrolled in a child care program participating in the USDA's CACFP through an agreement with our agency. Under this agreement, the child care center receives reimbursement for meals served to your child while in care. The amount of reimbursement received by the center depends on the eligibility status of the households of children in care. **Please return a completed Meal Benefit Form to the child care center.** Children enrolled in our center receive their meals at no separate charge, but the determination of eligibility category affects the amount of Federal funding received by the child care center.

Current Federal and State supported benefit programs meeting the criteria for categorical eligibility with an eligibility limit that does not exceed eligibility standards for free/reduced price meals are: the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and RIWorks (formerly known as FIP). If your household currently receives benefits under SNAP or RIWorks, you need to list the child's name and SNAP or RIWorks case number on the form. You must also have an adult sign and date the form. **If you received a Direct Certification letter from the Department of Human Services, please give us a copy of the letter (or the actual letter) instead of completing a Meal Benefit Form.**

However, if your household does not receive benefits under SNAP or RIWorks, please complete the Meal Benefit Form and make sure you provide the names of all household members and their income by source and have an adult sign, date and provide his/her social security number, or indicate that the individual does not have a social security number at this time.

**Foster children:** For households with foster children, please refer to the instructions on How to Complete the Meal Benefit Form or contact us for additional information. A foster child is defined as a child that is formally placed by a State child welfare agency or a court, not a child placed in a home from informal arrangements.

**For all households:** You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, foster children or friends). You must include yourself and all children living with you. Therefore, the income reported on the Meal Benefit Form must include the gross income of all members of your household, by source, for the prior month. If last month's income does not accurately reflect your circumstances, you may provide a projection of your monthly income. If no significant change has occurred, you may use last month's income as basis to make this projection.

You may apply at any time during the year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting SNAP, RIWorks or other benefits. You should also notify us if you become unemployed and the loss of income during the period of unemployment causes your household income to be within the eligibility standards.

**Confidentiality of Information on the Meal Benefit Form:** We may inform officials of other child nutrition, health and education programs of the information on your form to determine benefits for those programs.

**Program Discrimination Clause:** In accordance with Federal law and the U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

In addition, the State of Rhode Island, this institution is prohibited from discriminating on the basis of sexual orientation and religion. If you feel you have been discriminated against on the basis of sexual orientation or religion, write Rhode Island Department of Education, Director, Office of Equity and Access, 255 Westminster Street, Providence, RI 02903 or call (401) 222-4600.

Thank you for your cooperation.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Sponsor Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Building For the Future

This day care facility participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP), a Federal program that provides healthy meals and snacks to children receiving day care.

Each day more than 2.6 million children participate in CACFP at day care homes and centers across the country. Providers are reimbursed for serving nutritious meals that meet USDA requirements. The program plays a vital role in improving the quality of day care and making it more affordable for low-income families.

## Meals

CACFP homes and centers follow meal requirements established by USDA.

Breakfast	Lunch or Supper	Snacks (Two of the four groups)
Milk Fruit or Vegetable Grains or Bread	Milk Meat or meat alternative Grains or bread Two different servings of fruits or vegetables	Milk Meat or meat alternative Grains or breads Fruit or vegetable

## Participating

### Facilities

Many different homes and centers operate CACFP and share the common goal of bringing nutritious meals and snacks to participants. Participating facilities include:

- **Child Care Centers:** Licensed or approved public or private nonprofit child care centers, Head Start programs, and some for-profit centers.
- **Family Day Care Homes:** Licensed or approved private homes.
- **Afterschool Care Programs:** Centers in low-income areas provide free snacks to school-age children and youth.
- **Homeless Shelters:** Emergency shelters provide food services to homeless children.

## Eligibility

State agencies reimburse facilities that offer non-residential day care to the following children:

- children age 12 and under,
- migrant children age 15 and younger, and
- youths through age 18 in afterschool care programs in needy areas.

## Contact

### Information

If you have questions about CACFP, please contact one of the following:

Sponsoring Organization/Center  
Dr. Day Care  
203 Concord Street, Suite 301  
Pawtucket, RI 02860  
401-723-2277

Healthy Schools! Healthy Kids!  
Child Nutrition Programs  
Office of Integrated Social Services  
RI Department of Education  
255 Westminster Street  
Providence, RI 02903  
401-222-4600



USDA is an equal opportunity provider and employer





# Dr. Day Care Family

- Sea usted un Coaching y Consejero • Consultor de Cuidado Infantil & Gestion de Instalaciones •
- Centro de Dr. Day Care's Child Development • Servicios de Cuido Infantil •



Estimado Dr. Day Care,

¿Con el creciente costo de la matrícula de cuidado de niños y la economía en una recesion tiene usted alguna idea de cómo ahorrar dinero en el cuidado infantil?

Firmado,

¿Necesita ideas para subvencionar la colegiatura de cuidado de niños.

Estimado Necesito ideas para subvencionar la colegiatura de cuidado de niños,

Esta es una excelente pregunta y le recomiendo que comience por averiguar en su trabajo con el Departamento de Recursos Humanos para ver si ofrecen un plan FLEX/ TASC se conoce como un programe de cuenta de asistencia dependiente (DCAP). Esta es la mejor manera de ahorrar hasta un 25% por semana en la matrícula de cuidado de niños por semana.

Una de las maneras más beneficiosas para ahorrar en la matrícula y volver a poner el dinero en su bolsillo es utilizando la cuenta de Asistencia Para el Cuidado de Dependientes (DCAP) a través de un plan de la compañía FLEX. Las reglas para un plan de DCAP me informo a través de Anthony Escorpio CPA, son los siguientes: 1) los niños deben vivir en su casa más de la mitad del año y tener menos de trece años de edad y 2) son los miembros de su familia para quien usted declare gastos en su formulario de impuestos de su ingreso federal 2441 (Crédito de gastos para cuido y depende). Los gastos de cuidado infantil se pagan antes de los impuestos federales o de seguridad social con el lugar. El ahorro podría ser de hasta el veintico por ciento de sus gastos de cuidado de niños basado en su nivel de impuestos. Tenga una conversación tan pronto se le sea posible con su empleador debido a este beneficio porque este beneficio usualmente empieza el 1 de enero de cada año para que pueda disponer de el.

Aquí hay algunas otras maneras de ahorrar en el pago de la matrícula semanal de cuidado de niños:

## Becas

Consulte con su proveedor de cuidado infantil y pregunte si ellos son el otorgamiento de becas o si saben de las agencias locales que ofrecen este tipo de asistencia financiera.

## Cabrini Fund

El Fondo Cabrini es un programa de becas disponibles para el public en general de la diócesis de Providence. Usted puede llamar al 401.421.7833 para aplicar.



## Certificados de regalos

Las familias que tienen nietos, parientes o amigos en la guardería deben sugerir a "tiempo de dar regalos (Navidad, Hanukah, cumpleaños) que los amigos/familia compre un certificado de regalo del centro de cuidado infantil en el cual el niño asiste para la ayuda en el pago de la matrícula.

## Programa de Subsidio de militares

Los militares de EE.UU le reembolsara a las guardería el cien por ciento de el total para la matrícula de su hijo(s) enscrito y su instalacion cuando un miembro de la familia es desplegado. El sitio web es [www.naccrra.org/militaryprograms](http://www.naccrra.org/militaryprograms) para firmar en el subsidio de guardería gratuito.

En el marco del subsidio military, Rhode Island también ofrece un subsidio para el cuidado de la familia de un niño, mientras que un miembro de la familia sea desplegado. Cuando un padre ya está utilizando el CCAP de RI (el programa de asistencia para cuido de niños) antes de que se desplieguen, siguen siendo elegibles para el subsidio de cuidado infantil.

## WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN (WIC)

Pregnant or postpartum women, infants, and children up to age 5 are eligible. You must meet income guidelines, and State residency requirement, and be individually determined to be at “nutritional risk” by a health professional.

To be eligible on the basis of income, your gross income (i.e., before taxes are withheld) must fall at or below 185 of the U.S. Poverty Income Guidelines:

WIC Income Eligibility Guidelines

(Effective from July 1, 2009 to June 30, 2010)

Household Size	Annual	Monthly	Twice-Monthly	Bi-Weekly	Weekly
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Each add'l member, add	\$6,919	\$577	\$289	\$267	\$134

A person or certain family members who participate in other benefits programs such as the Food Stamp Program, Medicaid, or FIP automatically meet the family income eligibility requirements.

This institution is an equal opportunity provider.

What are the benefits?

The following benefits are provided to WIC participants:

- Supplemental Nutritious foods
- Nutrition education and counseling at WIC clinics
- Screening and referrals to other health, welfare and social services

In most WIC State agencies WIC participants receive checks or food instruments to purchase specific foods each month which are designed to supplement their diets. WIC foods include iron-fortified infant formula and infant cereal, iron-fortified adult cereal, vitamin C-rich fruit and/or vegetables juice, eggs, milk, cheese, peanut butter, dried beans or peas, tuna fish and carrots. Special infant formulas and certain medical foods may be provided when prescribed by a physician or health professional for specified medical condition.



The WIC contact in Rhode Island is:

Ann Barone

Chief, WIC Program

RI Department of Health

Cannon Building

3 Capitol Hill, Room 302

Providence, RI 02908-5097

Telephone: (401) 222-4623

Toll free (in-state):

1-800-942-7434TDD:

1-800-745-5555



# Dr. Day Care Family

- Sea usted un Coaching y Consejero • Consultor de Cuidado Infantil & Gestion de Instalaciones •
- Centro de Dr. Day Care's Child Development • Servicios de Cuido Infantil •

Estimados Padres,

Como participantes del programa del cuidado de niños y alimentos para adultos, el Centro de Dr. Day Care de desarrollo infantil le ofrese a su hijo/a la fórmula marca *Walmart Parent's Choice Advantage* iron-fortified en nuestro centro. También ofrecemos cereal y alimentos para bebés.

Si su hijo/a es menor de 11 meses y aún no está comiendo comida de mesa, favor de llenar y firmar la parte inferior de este formulario y devolverlo a su director. Tenga en cuenta, un menú típico se encuentra en el reverso de este formulario. Como no somos capaces de ofrecer sustitutos, usted es libre de traer su propia comida. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, favor de ver al director.

Favor de marcar uno:

Yo traere mi propia fórmula y comida para mi hijo/a cada día.

Favor de darle la fórmula iron-fortified, cereal y alimentos de bebé a mi hijo/a.

Yo entiendo que si decido a Dr. Day Care Child Development Center de darle formula, yo soy responsable de suministrar por lo menos 4 botellas limpias, esterilizadas, sobre una base diaria, etiquetada con el nombre de mi hijo/a junto con todas las fuentes de botellas (pezones cubiertas, revestimientos, etc.) cada día. Al final de cada día, las botellas de su hijo/a y los suministro serán develtos.

Información adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre complete del niño/a

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

De acuerdo con la Ley Federal de EE.UU., Departamento de Agricultura, de esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador con igualdad.

Además, la orientación sexual y religión son dos clases adicionales protegidas en Rhode Island. Para presentar una queja, póngase en contacto con RIDE, la Oficina de Recursos Humanos, 255 Westminster Street, Providence, RI 02903 o llame al (401) 222-4600.