

Queridos Padres,

Tómese un momento para revisar toda la información que le proporcionamos en este paquete. Entendemos que hay muchos formularios que llenar y esto puede llevar mucho tiempo. Sin embargo, debe completar todos los formularios de este paquete y entregarlos en la oficina principal. Los formularios en este paquete incluyen lo siguiente:

- **Información de Admisión:** Firme todas las áreas en este formulario donde se indica. Cada sección es muy importante y le proporciona información nuestra o nos brinda información sobre usted y su hijo. Proporcione el nombre, la dirección completa y el número de teléfono de las personas de contacto de emergencia en el área provista en el formulario. Si algo no es aplicable para su hijo, simplemente ponga N/A.
- El **Manual para Padres** se puede encontrar en <http://moodychildhoodcenter.org/en/resources/parent-portal-info>
- **Disciplina Operativa y Política de Orientación.**
- **Política Operativa Sobre el Sueño Seguro Infantil**
- **Child Health for Child Care at Moody Early Childhood Center:** Se requiere de todos los niños(as) una declaración médica firmada por un profesional de la salud aprobado. Esta declaración médica debe ser entregada a la oficina al momento de la admisión y antes del inicio del semestre de primavera por cada año que su hijo(a) asista al Moody Early Childhood Center.
- **Modificaciones a la dieta del médico/Alergias/Discapacidades y FARE (Plan de atención de emergencias de alergias alimentarias y anafilaxia):** Este formulario debe completarse incluso si su hijo(a) no tiene alergias o discapacidades. Si su hijo(a) tiene una alergia o preferencia de alimentos, proporcione información completa, incluidos los síntomas a los que debe prestar atención, si se le ha proporcionado un medicamento de emergencia (por ejemplo, EpiPen).
- **Formulario de Evaluación del Niño**
- **Formularios de Inscripción de CACFP**
- **Lista de Útiles**
- **Información de Matrícula y Pago**
- **Teen Health Clinic Formulario**

También debe proporcionar los siguientes documentos:

1. Una copia del registro de vacunación **actual** de su hijo(a).
2. Certificado de nacimiento del niño(a)
3. Identificación con foto del padre/tutor
4. Prueba de domicilio

Muchas gracias por proporcionarnos estos formularios. Será su responsabilidad de mantenernos informados sobre los cambios en su información a medida que se produzcan. Los **formularios de cambio de información** están disponibles en la oficina principal. Si tiene alguna pregunta sobre el paquete que se le proporcionó, simplemente llámenos. Nuevamente, gracias por elegir Moody Early Childhood Center.

Formulario de Inscripción

NOTA: ESTE FORMULARIO COMPLETO SE DEBE ACTUALIZAR SEMI-ANUALMENTE

Apellido Legal del Niño(a):	
Primer Nombre del Niño(a):	
Segundo Nombre del Niño(a):	
Fecha de Nacimiento:	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Origen étnico (DEBE escoger uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (DEBE escoger una o varias): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Moreno <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas Del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco
Con quien vive el niño(a):	<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal Documentación de Tutela requerida: _____
Dirección del Niño(a):	
Nombre del Padre/Tutor Legal que está llenando este formulario:	

Karin Miller,
Directora Ejecutiva
1110 21st Street
Galveston, Texas 77550
(409) 761-6930

For MECC Use Only (Para uso exclusivo de MECC)
Entry Date _____
Withdrawal Date _____
Tuition _____

Padre / Tutor 1:		Padre / Tutor 2:	
Nombre:		Nombre:	
Dirección de casa:		Dirección de casa:	
Teléfono de casa		Teléfono de casa	
Empleador/Escuela:		Empleador/Escuela:	
Dirección del empleador/escuela:		Dirección del empleador/escuela:	
Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
Teléfono móvil:		Teléfono móvil:	
Correo electrónico		Correo electrónico	
Autorizado para recoger al niño(a):	SI NO	Autorizado para recoger al niño(a):	SI NO

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DEL NIÑO(A)

Persona autorizada que no sea un padre a quien se le puede entregar al niño(a):

1. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
2. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
3. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
4. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Cuando no se pueda contactar a los padres, las siguientes personas pueden ser contactadas en caso de una emergencia:

1. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
2. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
3. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____
4. Nombre:	Relación con el/la niño(a):
Dirección completa:	<p style="text-align: center;">Teléfono</p> Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Mi hijo(a) asiste a la siguiente escuela

Nombre de la Escuela:

Número de teléfono de la escuela:

Mi hijo(a) tiene permiso para (marcar todo lo que corresponda):

- Caminar de casa a la escuela y de la escuela a casa
 Tomar el autobús
 Salir del centro al cuidado de su hermano(a) menor de 18 años

Lugares autorizados para recoger o regresar al niño aparte de su casa:

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

Marque todo lo que corresponda:

Reconozco que he leído y entiendo las Normas Operativas del Centro/Manual para Padres que se encuentran en el sitio web <http://moodychildhoodcenter.org/en/resources/parent-portal-info>.

<input type="checkbox"/> Disciplina y orientación.	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dejar salir a los menores.
<input type="checkbox"/> Suspensión y expulsión.	<input type="checkbox"/> Enfermedad y criterios de exclusión.
<input type="checkbox"/> Planes en caso de emergencia	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dispensar medicamentos.
<input type="checkbox"/> Procedimientos para hacer chequeos médicos.	<input type="checkbox"/> Requisito de vacunación infantil
<input type="checkbox"/> Sueno seguro	<input type="checkbox"/> Practicas sobre el servicio de alimentación.
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres hablen con el Director sobre algún problema	<input type="checkbox"/> Procedimientos para visitar el centro sin autorización previa
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres participen en actividades del centro	<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Licencias para Guarderías(CCL), la línea directa de para denunciar maltrato infantil y el sitio web de la CCL.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

COMIDAS

Entiendo que las siguientes comidas se servirán a mi hijo(a) mientras esté en el centro:

<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Bocado a media mañana	<input type="checkbox"/> Almuerzo
<input type="checkbox"/> Bocado a media tarde	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Bocado después de la cena
<input type="checkbox"/> Nada		

HORARIO EN QUE EL MENOR ESTARA EN EL CENTRO

Mi hijo(a) estará normalmente en el centro en el siguiente horario:

Día de la semana	A.M.	P.M.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Firma del Padre o Tutor

Fecha

PERMISOS

Nombre del niño(a):

Marque todo lo que corresponda:

1. Transporte

Doy mi permiso para que los empleados del centro transporten y supervisen a mi hijo(a):

- Para recibir atención médica de emergencia
 Para participar en paseos escolares
 Para recogerlo(a) y llevarlo(a) de regreso a la escuela

2. Excursiones

- Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en paseos escolares
 No doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en paseos escolares.

Comentarios:

3. Actividades acuáticas

Doy mi permiso para que mi hijo(a) juegue en:

- Mesas con agua
 Actividades con Rociadores
 Chapoteaderos
 Piscinas
 Parques acuáticos

4. Yo, doy no doy permiso al Moody Early Childhood Center para que mi hijo(a) reciba todas las evaluaciones de salud y desarrollo necesarias, las evaluaciones y las pruebas de laboratorio que requiere el programa. Estos pueden ser realizados por el personal de MECC y GISD.

5. Entiendo que los profesionales de salud mental harán observaciones de salud mental de rutina en MECC. Por la presente doy no doy mi permiso para que el profesional de Salud Mental revise los registros de mi hijo(a) y aconseje sobre problemas de comportamiento..

6. Yo, doy no doy permiso para que mi hijo(a) pueda recibir un examen dental y médico y que si es posible, lo/la acompañaré para estos exámenes. Recibiré información sobre resultados y seguimiento necesario.

7. Yo autorizo no autorizo la transferencia de la Evaluación del Desarrollo, la Evaluación y el Resumen de Servicios de mi hijo(a) a la escuela pública, si lo solicitan los padres o la escuela.

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario en caso de que ya no desee autorizar uno o más de los usos anteriores. Estoy de acuerdo en que este formulario permanecerá en vigencia durante el período de inscripción de mi hijo(a).

Firma del Padre o Tutor

Fecha

PERMISO PARA FOTOGRAFIAR

Yo, _____, doy permiso para que Moody Early Childhood Center fotografíe a mi hijo(a), _____, para los siguientes propósitos:

Tipo de uso:	(Por favor, marque uno)	
	Conceder permiso	Rechazar permiso
Fotografías:		
Mostrar fotos en el aula del niño(a)		
Mostrar fotos en tableros de anuncios fuera del aula		
Mostrar fotos en el álbum de recortes del centro		
Dar fotografías a los alumnos actuales		
Mostrar fotos en los tableros de anuncios del centro, que se muestran a los estudiantes actuales y futuros		
Mostrar fotos en el sitio web del centro *		
Mostrar fotos en la página de Facebook del centro *		
Usa fotos en materiales promocionales		
Videos:		
Dar video a los padres actuales		
Mostrar video en el sitio web del centro		
Usar videos en materiales promocionales.		
Otro (por favor liste):		

* No se mostrarán los nombres de los estudiantes en el sitio web del centro, en las redes sociales o en el video. Los nombres con la última inicial pueden aparecer en todo el centro para identificar los artículos personales y el trabajo del estudiante.

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario en caso de que ya no desee autorizar uno o más de los usos anteriores. Estoy de acuerdo en que este formulario permanecerá en vigencia durante el período de inscripción de mi hijo.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL MENOR

Indique cualquier necesidad especial del menor, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer quienes los atienden:

Si no hay necesidades especiales, escriba **NINGUNA**.

¿Le han diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor? Si No

En caso afirmativo, las modificaciones en la dieta del médico de GISD y la FARE - Plan de atención de emergencia de alergia alimentaria y anafilaxia deben ser completadas por el médico del niño(a) y entregadas antes de la admisión.)

FARE Submitted on

GISD Physician's Diet Modification Submitted on

Plan Submitted on

Las guarderías infantiles están consideradas instalaciones públicas, según el título III de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA). Si cree que uno de estos centros practica la discriminación, violando así el título III, puede llamar a la Línea de información de la ADA al (800) 514-0301 (voz) o al 1-800-514-0383 (TTY).

Firma del Padre o Tutor

Fecha en que firmó

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de que no puedan localizarme para que tome decisiones si mi hijo(a) necesita atención médica de emergencia, autorizo a quien esté a cargo a que lleve a mi hijo(a):

Nombre del médico	Dirección	Teléfono
Nombre del centro de atención médica de emergencia	Dirección	Teléfono

Autorizo al centro a obtener la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo(a).

Firma del Padre o Tutor

Fecha

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

Nombre del niño(a): _____

Si el menor no asiste a pre kínder o a una escuela lejos de la guardería, debe presentar uno de los siguientes documentos el primer día que el menor asista a la guardería, o a más tardar una semana después.

Marque solo una opción:

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería.

Firma del Profesional de la Salud:

Fecha en que firmó:

Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud..

El diagnóstico médico y su tratamiento no son compatibles con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida con la que comulgo o de la que soy miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.

Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en las actividades de la guardería. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré la declaración firmada de un profesional de la salud a la guardería.

Nombre del Profesional de la Salud

Dirección del Profesional de la Salud

Firma del Padre o Tutor:

Fecha en que firmo:

Se requiere de todos los niños(as) una declaración médica firmada por un profesional de la salud aprobado. Esta declaración médica debe enviarse a la oficina antes del inicio del semestre de primavera por cada año que su hijo(a) asista a Moody Early Childhood Center.

Se debe proporcionar una copia del registro de vacunación actual del niño(a) al momento de la admisión

ACTUALIZACIÓN ANUAL (Realice los cambios necesarios, firme y ponga la fecha a continuación para verificar que la información esté actualizada.

Firma del Padre/Tutor:	Fecha:



OPERATIONAL DISCIPLINE AND GUIDANCE POLICY

Purpose: This form provides the required information per minimum standards §744.501(7), §746.501(a)(7), and §747.501(5).

Directions: Parents will review this policy upon enrolling their child. Employees, household members, and volunteers will review this policy at orientation. A copy of the policy is provided in the operational policies.

DISCIPLINE AND GUIDANCE POLICY

Discipline must be:

- 1) Individualized and consistent for each child;
- 2) Appropriate to the child's level of understanding; and
- 3) Directed toward teaching the child acceptable behavior and self-control.

A caregiver may only use positive methods of discipline and guidance that encourage self-esteem, self-control, and self-direction, which include at least the following:

- 1) Using praise and encouragement of good behavior instead of focusing only upon unacceptable behavior;
- 2) Reminding a child of behavior expectations daily by using clear, positive statements;
- 3) Redirecting behavior using positive statements; and
- 4) Using brief supervised separation or time out from the group, when appropriate for the child's age and development, which is limited to no more than one minute per year of the child's age.

There must be no harsh, cruel, or unusual treatment of any child. The following types of discipline and guidance are prohibited:

- 1) Corporal punishment or threats of corporal punishment;
- 2) Punishment associated with food, naps, or toilet training;
- 3) Pinching, shaking, or biting a child;
- 4) Hitting a child with a hand or instrument;
- 5) Putting anything in or on a child's mouth;
- 6) Humiliating, ridiculing, rejecting, or yelling at a child;
- 7) Subjecting a child to harsh, abusive, or profane language;
- 8) Placing a child in a locked or dark room, bathroom, or closet with the door closed or open; and
- 9) Requiring a child to remain silent or inactive for inappropriately long periods of time for the child's age.

ADDITIONAL DISCIPLINE AND GUIDANCE MEASURES (ONLY APPLIES TO BAP/SAP PROGRAMS THAT OPERATE UNDER CHAPTER 744)

A program must take the following steps if it uses disciplinary measures for teaching a skill, talent, ability, expertise, or proficiency:

- Ensure that the measures are considered commonly accepted teaching or training techniques;
- Describe the training and disciplinary measures in writing to parents and employees and include the following information:
 - (A) The disciplinary measures that may be used, such as physical exercise or sparring used in martial arts programs;
 - (B) What behaviors would warrant the use of these measures; and
 - (C) The maximum amount of time the measures would be imposed;
- Inform parents that they have the right to ask for additional information; and
- Ensure that the disciplinary measures used are not considered abuse, neglect, or exploitation as specified in Texas Family Code §261.001 and Chapter 745, Subchapter K, Division 5, of this title (relating to Abuse and Neglect).



SIGNATURE

This policy is effective on the following date:

Signed by:

X

Role:

- Parent Caregiver/Employee
 Household Member (Ch. 747 only)

MINIMUM STANDARDS RELATED TO DISCIPLINE

- Title 40, Chapter 746 Subchapter L:
[http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac\\$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=746&sch=L&rl=Y](http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=746&sch=L&rl=Y)
- Title 40, Chapter 747 Subchapter L
[http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac\\$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=747&sch=L&rl=Y](http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=747&sch=L&rl=Y)
- Title 40, Chapter 744 Subchapter G:
[http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac\\$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=744&sch=G&rl=Y](http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=40&pt=19&ch=744&sch=G&rl=Y)



NORMAS OPERATIVAS SOBRE EL SUEÑO SEGURO DEL BEBÉ

Propósito: Esta forma ofrece la información necesaria según los estándares mínimos de las secciones 746.501(9) y 747.501(6) de las normas sobre el sueño seguro.

Instrucciones: Los padres deben revisar estas normas al inscribir a su bebé en Moody Early Childhood Center. En la guía para padres se incluye una copia de las normas. Los padres pueden repasar la información sobre el sueño seguro y cómo reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante o síndrome de muerte súbita inesperada del lactante (SIDS/SUIDS) en: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/sleep/paginas/a-parents-guide-to-safe-sleep.aspx>

NORMAS PARA EL SUEÑO SEGURO

Todos los empleados, empleados suplentes y voluntarios de Moody Early Childhood Center seguirán estas recomendaciones para el sueño seguro de los bebés que hacen la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC), a fin de reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante o síndrome de muerte súbita inesperada del lactante (SIDS/SUIDS):

- A la hora de dormir, coloque siempre a los bebés boca arriba, a menos que haya recibido la Forma 2710s (Excepción para el sueño de los bebés) firmada por el profesional médico que atiende al bebé [§§746.2427 y 747.2327].
- Coloque a los bebés sobre un colchón firme, cubierto con una sábana ajustada, en una cuna que cumpla con los requisitos federales de la CPSC para las cunas de tamaño convencional y las cunas más pequeñas [§§746.2409 y 747.2309].
- Para los bebés menores de 12 meses: las cunas no deben tener nada en ellas salvo una sábana ajustada y una cubierta o un protector de colchón. Entre los artículos prohibidos en las cunas se encuentran la ropa de cama suave o sin ajustar, como cobijas, colchas o edredones; almohadas; juguetes o animales de peluche; objetos suaves; almohadillas protectoras; forros, o aparatos para posicionar al bebé durante el sueño [§§746.2415 y 747.2315]. Tampoco debe haber nada cubriendo la cuna o la cabeza o cara del bebé en ningún momento, como cobijas, sábanas o ropa [§§746.2429 y 747.2329].
- No use aparatos para posicionar al bebé durante el sueño, como cuñas o posicionadores de bebés. La AAP no ha podido comprobar si estos aparatos son seguros. Su uso podría aumentar el riesgo de asfixia [§§746.2415 y 747.2315].
- Asegúrese de que las áreas para dormir estén ventiladas y a una temperatura agradable para un adulto con ropa ligera [§§746.3407(10) y 747.3203(10)].
- Si un bebé necesita calor adicional, use ropa de dormir _____ (inserte aquí el tipo de ropa de dormir que se usará, como sacos de dormir o pijamas que cubren los pies) como alternativa a las cobijas [§§746.2415 y 747.2315].
- Acueste solamente a un bebé por cuna a la hora de dormir [§§746.2405 y 747.2305].
- Los bebés pueden usar un chupón (chupete) mientras duermen. Pero el chupón no debe estar sujeto a un animal de peluche o a la ropa del bebé por medio de una cuerda, cordón u otro mecanismo que presente un riesgo de asfixia o estrangulamiento [§§746.2415 y 747.2315].
- Si el bebé se queda dormido en un aparato que no sea una cuna (como una sillita que rebota o se mece, o si se duerme en el asiento del carro de camino a la guardería), coloque al bebé de inmediato en una cuna, a menos que se haya recibido la Forma 2710s (Excepción para el sueño del bebé) firmada por el profesional médico que atiende al bebé [§§746.2426 y 747.2326].
- En nuestro programa de cuidado de niños está prohibido fumar. No se permite fumar en las guarderías de Texas (esto incluye cigarrillos electrónicos y cualquier tipo de vapedor) [§§746.3703(d) y 747.3503(d)].
- Vigile activamente a los bebés que duermen, observándolos y escuchándolos [§§746.2403 y 747.2303].
- Si un bebé es capaz de voltearse boca abajo y boca arriba, póngalo a dormir boca arriba y deje que el bebé se coloque en la posición que prefiera para dormir [§§746.2427 y 747.2327].
- Cuando estén despiertos, los bebés pasarán un tiempo boca abajo, supervisados, varias veces al día. Esto les ayudará a fortalecer los músculos y a desarrollarse con normalidad [§§746.2427 y 747.2327].
- No envuelva al bebé en cobijas antes de ponerlo a dormir a menos que haya recibido la Forma 2710s (Excepción para el sueño del bebé) firmada por el profesional médico que atiende al bebé [§§746.2428 y 747.2328].

DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

El DFPS valora su privacidad. Para más información, lea nuestra política de confidencialidad en <http://www.dfps.state.tx.us/Espanol/privacy.asp>.

FIRMAS

Estas normas entran en vigor el: _____ (fecha)

Nombre del menor:

Firma: X Director o propietario	Fecha de la firma:
Firma: X Empleado	Fecha de la firma:
Firma: X Madre o padre	Fecha de la firma:



"Giving all Galveston children the opportunity to soar"

CHILD HEALTH STATEMENT FOR CHILD CARE
AT
MOODY EARLY CHILDHOOD CENTER

(Doctor's office may use their own form or this form)

Doctors may email their form to kris@moodyearlychildhoodcenter.org

or fax to (409) 750-7177

This is to certify that I have examined _____ (print child's name)
on _____ (date), and found him/her to be healthy, free of contagious disease and able to
participate in school/daycare activities.

Health Care Professional Name _____

Health Care Professional Contact Information

Health Care Professional Signature _____

FAX TO: 409-766-7040 ATTN: Jennifer Douglas

PHYSICIAN'S DIET MODIFICATIONS

The U.S. Department of Agriculture School Meals Program requires that ALL QUESTIONS BE ANSWERED in order for ANY diet modification or substitution to be made in school meals.

Parent/Guardian Name _____ Student Name _____
Campus Name _____ Date of Birth _____
As parent or guardian, I give permission for Galveston ISD to contact the Physician's office regarding my child's dietary needs. _____ (Signature)

PART A – STUDENTS WITH

LIFE THREATENING FOOD ALLERGIES ONLY COMPLETE THIS PART

(If there is NO LIFE THREATENING FOOD ALLERGY, SKIP THIS SECTION, and GO TO PART B on back of page)

PHYSICIAN'S STATEMENT Date _____

I _____, (physician) declare the child listed above to possess
Physician's Name (please PRINT)

the following LIFE THREATENING FOOD ALLERGY.

1. Life threatening food allergy – Omit these foods:

___ fluid milk ___ peanuts ___ tree nuts ___ eggs ___ fish ___ shellfish ___ wheat ___ soy

2. Can the student consume foods where the allergen is an ingredient in the food product? ___ yes ___ no
(Example: scrambled eggs are omitted but egg as an ingredient in pancakes is allowed)

Explain _____

3. Other life threatening food allergies (list all) – Omit these foods:

4. Explanation of why this disability restricts diet: _____

5. Major life activity affected by the life threatening food allergy (check all that apply):

(NOTE: Galveston cannot honor this document unless at least one life activity is marked.)

___ eating ___ caring for one's self ___ performing manual tasks ___ walking ___ seeing
___ hearing ___ speaking ___ breathing ___ learning

6. Foods to Substitute (NOTE: Galveston ISD cannot honor this document unless substitutions are listed below.)

Physician's Signature

Telephone

Clinic/Facility Name & Address

FAX TO: 409-766-7040 ATTN: Jennifer Douglas

The U.S. Department of Agriculture School Meals Program requires that ALL QUESTIONS BE ANSWERED
in order for ANY diet modification or substitution to be made in school meals. Campus _____

Parent/Guardian Name _____ Student Name _____ Date of Birth _____
As parent or guardian, I give permission for Galveston ISD to contact the Physician's office regarding my child's
dietary needs. _____ (Signature)

PART B – STUDENTS WITH DISABILITIES COMPLETE THIS

PHYSICIAN'S STATEMENT

Date _____

I _____, (physician) declare the child listed at top of page to possess
Physician's Name (please PRINT)
the following DISABILITY.

1. List any disability requiring meal modification: _____

2. Explanation of why this disability restricts diet: _____

3. Major life activity affected by the DISABILITY (check all that apply):

(NOTE: Galveston ISD cannot honor this document unless at least one life activity is
marked.)

_____ eating _____ caring for one's self _____ performing manual tasks _____ walking _____ seeing
_____ hearing _____ speaking _____ breathing _____ learning _____ other, specify _____

4. Foods to Omit: _____

5. Foods to Substitute (NOTE: Galveston ISD cannot honor this document unless substitutions are listed below.)

Physician's Signature

Telephone

Clinic/Facility Name & Address

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: **SÍ (Riesgo más alto de reacción grave)** **No**

NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

Si esta opción está marcada y es **PROBABLE** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante **CUALQUIERA** de estos síntomas.

Si esta opción está marcada y es **SEGURO** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.

ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES

 PULMÓN Falta de aire, sibilancia, mucha tos	 CORAZÓN Tez azulada o pálida, desmayo, pulso débil, mareo	 GARGANTA Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar	 BOCA Hinchazón significativa de la lengua o los labios
 PIEL Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado	 INTESTINOS Vómitos reiterados, diarrea grave	 OTRO Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	O UNA COMBINACIÓN de los síntomas de las distintas áreas

↓ ↓ ↓

- INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
- Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES

 NARIZ Picazón o moqueo nasal, estornudos	 BOCA Picazón bucal	 PIEL Algunas ronchas, picazón leve	 INTESTINO Náuseas leves o malestar
--	----------------------------------	--	--

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

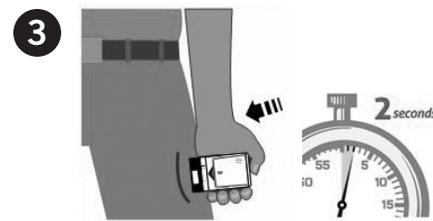
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____

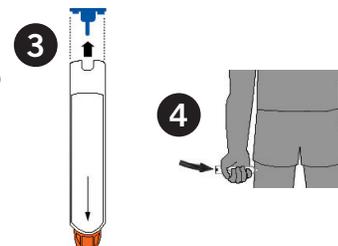
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo.
2. Saque la tapa de seguridad roja.
3. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
4. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
5. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector.
2. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
3. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo.
4. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
5. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos.
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

**PLACE
PICTURE
HERE**

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: **Yes (higher risk for a severe reaction)** **No**

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____

THEREFORE:

- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.
- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:
SEVERE SYMPTOMS



LUNG

Shortness of breath, wheezing, repetitive cough



HEART

Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness



THROAT

Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing



MOUTH

Significant swelling of the tongue or lips



SKIN

Many hives over body, widespread redness



GUT

Repetitive vomiting, severe diarrhea



OTHER

Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

**OR A
COMBINATION**
of symptoms
from different
body areas.



1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS



NOSE

Itchy or runny nose, sneezing



MOUTH

Itchy mouth



SKIN

A few hives, mild itch



GUT

Mild nausea or discomfort

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

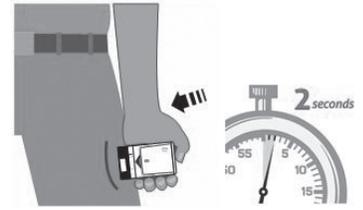
Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

1. Remove Auvi-Q from the outer case.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
4. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
5. Call 911 and get emergency medical help right away.

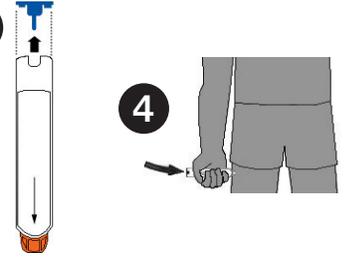
3



HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
5. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
6. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

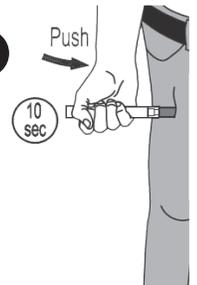
3



HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENACLICK®), USP AUTO-INJECTOR, IMPAX LABORATORIES

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip.
3. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
4. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh.
5. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
6. Remove and massage the area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

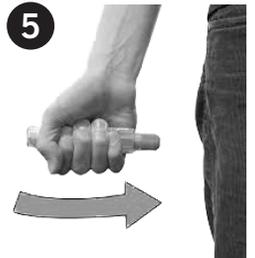
5



HOW TO USE TEVA'S GENERIC EPIPEN® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR, TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Quickly twist the yellow or green cap off of the auto-injector in the direction of the "twist arrow" to remove it.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, pull off the blue safety release.
4. Place the orange tip against the middle of the outer thigh (upper leg) at a right angle (perpendicular) to the thigh.
5. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
6. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
7. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
8. Call 911 and get emergency medical help right away.

5



ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

CACFP NEW STUDENT ENROLLMENT FORM

Child Care Center Name: Moody Early Childhood Center Site Code: 1425

INSTRUCTIONS: Complete ALL Fields. Sign and Date form. Submit back to Day Care Director.

Parent's First Name:

Parent's Last Name:

Parent's Phone Number:

Child's First Name:

Child's Last Name:

Child's Birthdate: / /

Special Needs: YES NO (Provide Professional Documentation)

Foster Child: YES NO (Provide DFPS Form 2085FC)

Head Start / Early Head Start / Even Start: YES NO (Provide HSP/ESP/EHSP Documentation)

Ethnic Identity: (mark only 1) Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Racial Identity: (mark 1 or more) White Black/African American Am. Indian/Alaskan Native
 Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander

Gender: Male Female

Child Care Center Enroll Date: / /

Child's Normal Days in Care: Mon Tue Wed Thur Fri Sat Sun
Center's Days of Operation M-F

Child's Normal Hours in Care: : a.m. TO : a.m.
Center's Hours of Operation 07:00 AM-06:30 PM p.m. p.m.

Meals/Snacks Child Receives: BRK AMS LUN PMS SUP EVS
Meals/Snacks Served at Center PMS LUN BRK

Times Child Attends Public School (school age children only) : a.m. TO : a.m.
 p.m. p.m.

PARENT CERTIFICATION

- My child may be in care on different days & hours than listed above. Yes No
- I certify the information on this form is true and correct to the best of my knowledge.
- I certify that I have received access to WIC and CACFP literature within the last 12 months.

/ /

Signature of Parent/Guardian Date of Parent/Guardian Signature

Sponsor Use Only:

Non - Discrimination Statement:
 In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, gender identity (including gender expression), sexual orientation, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the responsible Agency or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para niños)

Siga estas instrucciones si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos.

Parte 2: Indique el número de elegibilidad de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciba beneficios SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. El número SNAP o TANF debe ser el #EDG de 9 o 8 dígitos que es asignado por HHSC.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Omite esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. Los cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social no son necesarios.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Si está presentando una solicitud en nombre de un NIÑO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños para los que presenta la solicitud son niños de crianza, o si solamente está solicitando beneficios para el niño de crianza:

Parte 1: Indique todos los niños de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Omite esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. El Número de Seguro Social **no** es necesario.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Si algunos de los niños del hogar son niños de crianza.

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de elegibilidad favor de omitir esta parte.

Parte 3: Se aplica sólo a los padres/tutores de niños en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los patrocinadores deben entregar la *Lista de Programas con Financiación Federal / Estatal que Califican* (H1660), junto con este formulario a los hogares que tienen niños inscritos en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los padres/tutores pueden indicar el nombre del programa y el número según corresponda.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y **otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.**

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, TANF, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos".

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Declaración del Acta de Privacidad Esto explica cómo utilizaremos la información que nos da.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente.



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes_	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ _ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica:

- hispano o latino
- No hispano ni latino

Anote una o más identidades raciales:

- Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico
- Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

- Sí** acepto que la información de mi familia sea divulgada.
- No** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ____ Reducida ____ Negada ____ Nivel I ____ Nivel II ____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Infant Declaration Form:

Child Care Center Name Moody Early Childhood Center

INSTRUCTIONS TO PARENTS:

Complete **BOTH** sections on this form. Sign and date where indicated. Submit to child care provider.

Section 1

Infant's Name _____ Birth Date ___ / ___ / ___

Parent's Name _____

My Child is allergic to the following foods:

(A Doctor's note is required for any foods that cannot be substituted within the same food group.)

Section 2

Your child care provider offers the following infant formula(s): Various Generic Iron Fortified Infant Formula

Parent Declaration - Select only **ONE** of the following options.

Center will provide ALL meal components for infant named above.

OR

Parent will provide ALL meal components for infant named above.

OR

PARENT and CENTER will provide meal components for infant named above, as indicated below:

	<u>0-5</u> <u>Months</u>	<u>6-11</u> <u>Months</u>
() Center OR () Parent will provide Iron Fortified Infant Formula / Breast Milk	()	()
() Center OR () Parent will provide Iron Fortified Infant Cereal		()
() Center OR () Parent will provide Infant Fruits/Vegetables		()
() Center OR () Parent will provide Infant Meats		()
() Center OR () Parent will provide Crusty Bread/Crackers		()

*** This form must be updated and submitted any time there is a change in Section 2.

Parent Signature

Date



"Giving all Galveston children the opportunity to soar"

Lista de útiles para bebés y niños pequeños

Bebés (0-9 meses)	Toddler (10-12 Months)	Toddler (12-17 Months)	Toddler (18+ Months)
2 Botellas de Toallitas de Clorox			
2 Botellas de Lysol Spray			
2 Botellas de Desinfectante de manos			
2 Bajas de Kleenex			
2 Cajas de Toallitas - según sea necesario	2 Cajas de Toallitas - según sea necesario	2 Cajas de Toallitas - según sea necesario	2 Cajas de Toallitas - según sea necesario
2 Botellas de Jabón de Manos			
1 Caja de Guantes Sin Látex			
Pañales	Pañales	Pañales /Pull-Ups	Pañales /Pull-Ups
Biberon	Vasos/Taza de entrenamiento	Vasos/Taza de entrenamiento	Vasos/Taza de entrenamiento
Cambio completo de ropa			
Fórmula / Agua Destilada	Baberos	Cualquier artículo personal	Cualquier artículo personal
Baberos	Cualquier artículo personal		
Alimentos para bebés / Utensilios			
Chupones			
Cualquier artículo personal			
Mameluco			

Información de matrícula y pago

- 6 semanas a 23 meses \$ 195 por semana o \$ 780 por mes
- 24 meses a 3+ \$ 165 por semana o \$ 660 por mes
- Después de la escuela PK3 o PK4 \$ 65 por semana o \$ 260 por mes
- Pre-K 3 \$ 150 por semana o \$ 600 por mes
- Vacaciones PK3 o PK 4 \$ 150 por semana

MECC ofrecerá un descuento del 25% para los hermanos. La reducción del 25% se tomará de la matrícula del niño(a) mayor que asiste.

Los pagos se pueden hacer sobre una base semanal o mensual. El pago debe ser recibido antes de las 5:00 p.m. el viernes antes de que los servicios sean proporcionados. Se cobrará una tarifa de \$ 20 por día por pagos atrasados.

Aceptamos giros postales, cheques de caja, pagos con tarjeta de crédito y débito. No podemos aceptar cheques personales.

Asistencia financiera

Para aquellas familias que solicitan asistencia financiera, Moody Early Childhood Center colaborará con Gulf Coast Workforce Solutions. Para ver si cumple con los requisitos de elegibilidad, visite <http://www.wrksolutions.com/for-individuals/financial-aid/financial-aid-for-child-care>. Debe descargar una solicitud y entregar toda la documentación necesaria para calificar. Las solicitudes se pueden encontrar en <http://www.wrksolutions.com/for-individuals/financial-aid/how-to-apply-for-financial-aid>.

Para ser elegible para asistencia financiera de MECC, usted debe:

- Complete y envíe una solicitud de ayuda/servicios financieros a través de Workforce Solutions.
- Ser aprobado para recibir asistencia y colocado en la lista de espera de Gulf Coast Workforce Solution.
- Pagar la tasa de matrícula temporal de su hijo(a) de \$ 40 por semana hasta los tres (3) meses de revisión o hasta que haya fondos disponibles.
- Reunirse semanalmente con su defensor de la familia MECC designado.

Comprenda que su tasa de matrícula puede aumentar o disminuir una vez que reciba el subsidio.

Cualquier pregunta por favor llame al (409) 761-6930.

Información de Matrícula/Pago	
Nombre del niño(a)	
Fecha de nacimiento del niño(a)	
Fecha de inscripción	
Persona responsable por el pago de la matrícula y cuotas.	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	
Tipo de Pago	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Día efectivo	



Teen Health
Center, Inc.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
(primera) (medio) (apellido)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
(mes/día/año)

Domicilio del paciente: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Escuela: Moody Early Childhood Center Grado de: Guardería Preescolar Otro _____

Origen étnico: Hispano Negro Blanco Indígena Asiático/Islas del Otro
Norteamericano Pacífico _____

¿Quién es médico regular del paciente? _____
(nombre) (teléfono)

PADRE / GUARDIAN LEGAL Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre / Guardián Legal: _____
(primer nombre) (apellido)

Padre / Guardián Legal: _____
(primer nombre) (apellido)

Información de contacto para padre / guardián legal (¡Importante! Por favor, proporcione TODA la información para que podamos comunicarnos con usted)

Teléfono: _____
(casa) (trabajo) (celular)

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia adicional: _____
(nombre) (relación al paciente)

Teléfono: _____
(casa) (trabajo) (celular)

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

- Tiene su hijo: Seguro privado _____
(nombre de empresa) (número de cobertura)
- Medicaid _____
(número de Medicaid)
- Plan de seguro de salud infantil _____
(número de CHIP)

HISTORIA MEDICA PERTINENTE

¿Su niño toma medicamentos regularmente? No Sí (indique el nombre del medicamento y la razón se da) _____

¿Su niño tiene alergias a medicamentos? No Sí (si "sí", proporcione el nombre del medicamento y el tipo de reacción) _____

¿Tiene su hijo alergias, sensibilidades o reacciones a sustancias como alimentos, moho, polen, caspa de animales, polvo o insectos? No Sí

¿Su hijo tiene asma? No Sí

¿Ha tenido su hijo alguna vez una convulsión? No Sí

¿Su hijo tiene diabetes? No Sí

¿Su hijo tiene alguna condición cardíaca conocida? No Sí

¿Ha tenido su hijo que pasar la noche en el hospital? No Sí

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? No Sí

¿Su hijo ha sufrido un traumatismo grave o lesiones graves? No Sí

¿Ha tenido su hijo algún problema de salud mental o de comportamiento? No Sí

¿Su hijo tiene otros problemas de salud? No Sí

Por favor explique las respuestas "sí": _____

SALUD DE LA FAMILIA

¿Algún miembro de la familia tiene Tuberculosis (TB)? No Sí

¿Alguien fuma en la casa? No Sí

Por favor explique las respuestas "sí": _____

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ATENCION SANITARIA

Por favor completar con un círculo **PUEDE** o **PUEDE NO** en las tres siguientes declaraciones:

1. Mi hijo **PUEDE** o **PUEDE NO** recibir atención por enfermedades o lesiones médicas. Entiendo que un padre / guardián legal no siempre puede estar presente durante la visita si surge alguna inquietud durante el día escolar. *
2. Mi hijo **PUEDE** o **PUEDE NO** recibir exámenes físicos de rutina, exámenes de audición y visión, y exámenes de desarrollo. Entiendo que un padre / guardián legal no siempre puede estar presente.
3. Mi hijo **PUEDE** o **PUEDE NO** recibir educación sobre salud y nutrición apropiada para su edad de parte de un empleado de Teen Health.

* Se le notificará de cualquier cuidado proporcionados por teléfono o por escrito.

LOS PADRES PERMISO PARA ESCUELA-CENTRO DE SALUD SERVICIOS

He leído y entiendo los servicios mencionados anteriormente. Mi firma otorga permiso para que mi hijo reciba los servicios que he circulado anteriormente en el Centro de salud para adolescentes. Teen Health Center trabaja en colaboración con hospitales universitarios y universidades. Puede haber ocasiones en que los estudiantes de medicina, residentes o estudiantes de posgrado participen en la atención al paciente. Las mismas políticas de HIPAA se aplican a estos proveedores y se mantendrá la confidencialidad. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decidir que no deseo que mi hijo reciba servicios del Centro de Salud para Adolescentes. Si cambio de opinión, avisaré por escrito al Teen Health Center. Entiendo que este formulario de permiso sigue siendo válido hasta que Teen Health Center reciba una revocación por escrito de mi parte. NOTA: Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para el tratamiento de primeros auxilios urgente / emergente y la prestación de servicios donde la salud del paciente parece estar en peligro.

En el caso de una situación de emergencia, me doy cuenta de que puede ser necesario que Teen Health Center, Inc. divulgue la información médica de mi hijo a la administración del Centro Moody Early Childhood Center. Este intercambio de información es necesario para proteger la salud y la seguridad de mi hijo. También me doy cuenta de que el Teen Health Center puede compartir información con la enfermera de la escuela para garantizar que las vacunas de mi hijo estén actualizadas. Se requiere una autorización por separado para compartir información de salud adicional. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes federales y estatales.

Mi firma también indica que soy consciente de que la información de salud de mi hijo puede divulgarse como se indicó anteriormente y que se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad.

X

(firma del padre / guardián legal)

(fecha)

Marque la casilla si no desea recibir información por correo electrónico o correo de Teen Health Center, Inc.