



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
 División de Educación Infantil
Pre School Collaborative Classroom (CSPP)



EEC/CSPP _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____

Este documento debe incluirse en el expediente **familiar**.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA PADRES

Niño **Nombre/s:** _____ Fecha de nacimiento: _____

Bienvenido a nuestro Centro de Educación Temprana/ Programa del CSPP. Para inscribir a su hijo(a), tenga a mano los siguientes documentos y los complete antes de la fecha de su cita:

- Acta de nacimiento del estudiante
- Registros de vacunación del estudiante que se están inscribiendo
- Comprobante de residencia en California (factura actual de servicios públicos, factura actual de impuestos sobre la propiedad, contrato de alquiler o arrendamiento actual con información del propietario, registro de votante actual, carta de agencia gubernamental actual, talón de pago de empleo actual, identificación de CA, licencia de conducir de CA)
- Copia del Programa de Educación Individualizado (IEP)

Documentos Adjuntos

- Formulario de inscripción de estudiantes del LAUSD
- Tarjeta de historial de salud (blanca, debe ser completada por el padre/tutor)
- Examen físico - Informe del médico (formulario LIC 701 a completar por el médico. Deben estar dentro de los últimos 12 meses e incluir la reducción del riesgo de tuberculosis)
- Instrumento de Lenguaje Familiar- Si corresponde: Entrevista de Interés Lingüístico Familiar
- Formulario de Información de Emergencia del Estudiante (Al menos 3 nombres, direcciones y números de teléfono de personas, mayores de 18 años, autorizadas para recoger a su hijo en caso de emergencia o enfermedad) Asegúrese de que el nombre coincida con lo que aparece en la Licencia de Conducir o en la I.D.s)
- Manual para Padres del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles - Formularios completados y firmados
- Formulario de Reconocimiento de Almacenamiento Seguro de Armas / Cuestionario de Vivienda Estudiantil / y Cuestionario del Programa de Educación Migrante

NECESIDAD FAMILIAR (Para calificar para CSPP/PCC, complete al menos uno de los siguientes adjuntos)

- Formulario de Auto certificación de Ingresos
- Formulario de Ingresos No Salariales

(Sección LAUSD)

Recibido completo	Escaneado a MISIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La fecha de su cita es _____ Hora: _____ AM/ PM

Debes llevar todos los documentos solicitados a tu cita. Una vez que llegue, espere 30 minutos para que podamos revisar sus documentos y repasar las políticas y procedimientos del programa. Si no asiste a su cita, será responsable de reprogramarla.

Este documento debe incluirse en el expediente familiar.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Division



EEC _____
Phone: _____ E-mail: _____

This document should be included in the family file.

<u>Date</u>	<u>Task</u>	<u>Signature</u>
	Enrollment Packet Completed	OM:
	Enrollment Packet Given to Principal	OM:
	Principal Reviewed Enrollment Packet	P:
	Scanning Completed by Office Manager	OM:
	Scanning Checked by Principal	P

<u>Date</u>	<u>Time</u>	<u>Inter-Office Notes</u>	<u>Office Manager Initial</u>

This document should be included in the family file.

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

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

Sólo para uso de oficina (Office Use Only)	
1. School Name:	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code:	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

Instrucciones: Favor de escribir en letra de molde, con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Nombre Preferido:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Domicilio:						
Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono del hogar	
Sexo Legal: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Femenino	Género: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de nacimiento ____/____/____ <i>Més/Día/Año</i>	

B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre Preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

Inglés
 Español
 Armenio
 Mandarín
 Cantonés
 Farsi
 Coreano
 Ruso
 Vietnamita
 Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

No se graduó de la secundaria
 Graduado de la escuela preparatoria o equivalente
 Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado
 Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal
--------	-------	------------	--------	---------------

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA			
Idioma natal del alumno			
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?			
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?			
¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?			
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)			
¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Raza/Etnia/Herencia Cultural del Estudiante			
¿Es el grupo étnico del estudiante hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Raza/Etnia/Herencia Cultural del Estudiante (se puede incluir hasta 5)			
Favor de consultar la Lista de Raza/Etnia/Herencia Cultural e ingrese el código numérico junto con el texto correspondiente			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____			<input type="text"/> Me niego a contestar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____			
D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE			
Servicios especiales		Marque una por cada pregunta	
¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuelas anteriores			
¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, cuándo:	
¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente:			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar):			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar:			

Información adicional del estudiante

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño? Sí No
 En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? *(Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos – Americanos de Alaska)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos – Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/embalaje de alimentos)? *(Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)

1. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
2. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
3. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
4. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
5. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual

F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)

1. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el/la estudiante
----------	--------	----------------	-------------------------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
--------	-------	--------------------	--------	---------------

_____ Número de teléfono-hogar	_____ Número de teléfono-celular	_____ Número de teléfono-trabajo	_____ Dirección de correo electrónico
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

2. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el/la estudiante
----------	--------	----------------	-------------------------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
--------	-------	--------------------	--------	---------------

_____ Número de teléfono-hogar	_____ Número de teléfono-celular	_____ Número de teléfono-trabajo	_____ Dirección de correo electrónico
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

Firma

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

X _____
Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante

Guía Para Padres Sobre Las Vacunas

Requeridas Para Pre-Kínder (Guardería)



Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño\la como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2–3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4–5 meses	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6–14 meses	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15–17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)
18 meses–5 años	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1^{er} año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores.

Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

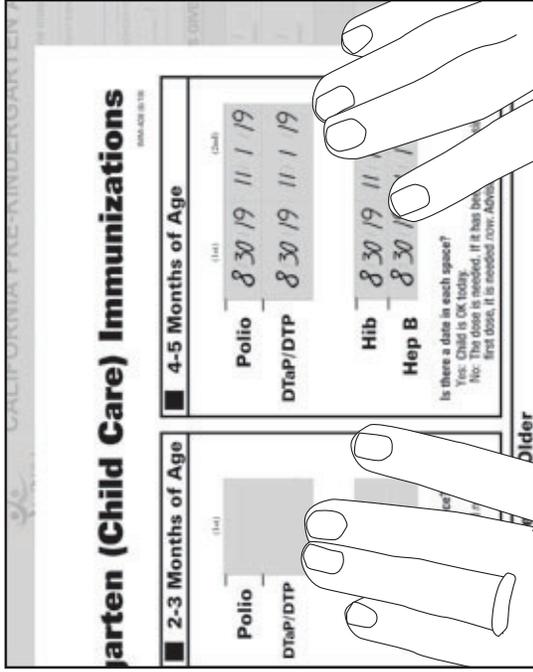
Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Windows for Pre-kindergarten (Child Care) Immunizations

IMM-408 (6/19)

How to Use these Windows:



Determine the age of the child in months, then find the right age window. Line the window up over the date boxes on the child's blue card. Immunization requirements are met if there are dates in each window. See also "Notes for Child Care Providers" (over).

2-3 Months of Age

	(1st)
Polio	
DTaP	
Hib	
Hep B	

Is there a date in each space?
 Yes: Child is OK today.
 No: The dose is needed *now*. Advise parents.

4-5 Months of Age

	(1st)		(2nd)
Polio			
DTaP			
Hib			
Hep B			

Is there a date in each space?
 Yes: Child is OK today.
 No: The dose is needed. If it has been 8 weeks since first dose, it is needed *now*. Advise parents.

15 Months of Age and Older

	(1st)	(2nd)	(3rd)	(4th)
Polio				
DTaP				
MMR				
Hib				
Hep B				
Var				

Is there a date in each space?
 Yes: Child is OK until kindergarten.
 No: a. If #4 DTaP is missing: If it has been 12 months since #3, it is needed *now*. Advise parents.
 b. Others: If it has been 8 weeks since the previous dose, it is needed *now*. Advise parents.

Annotations:
 - Arrow pointing to 2nd DTaP: #4 needed only for children 18 months and older
 - Arrow pointing to 1st MMR: Must be on or after first birthday (up to 4 days early is OK)
 - Arrow pointing to 1st Hib: only one OK but must be on or after first birthday
 - Arrow pointing to 1st Hep B: #3 needed only for children 18 months and older

6-14 Months of Age

	(1st)	(2nd)	(3rd)
Polio			
DTaP			
Hib			
Hep B			

Is there a date in each space?
 Yes: Child is OK today.
 No: The dose is needed. If it has been 8 weeks since previous dose, it is needed *now*. Advise parents.



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
Oficina del Director General Médico
Historial Permanente de Salud



Nombre del Estudiante: _____ Fec. Nac.: _____ Género Legal: (Marque uno) Masculino Femenino No binario Intersexual
 Apellido Nombre Segundo Nombre Género: (Marque uno) Masculino Femenino No binario

Última Escuela o Centro Infantil al que Asistió: _____
 Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Escuela: _____ Plan de Seguro Médico: _____
 Ciudad, Estado: _____ Grado Actual: _____ Proveedor de Atención Médica: _____

¿El estudiante ha sido hospitalizado? Sí No

Nombre del Hospital _____ Sí No
 Ciudad _____ Estado _____
 (Mes / Año) _____
 Motivo de la Hospitalización _____

¿Toma el estudiante medicamento? Sí No

Nombre del Medicamento _____
 Nombre del Medicamento _____
 Nombre del Medicamento _____
 Nombre del Medicamento _____

¿Limitación de actividad física? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Enfermedad del Estudiante (Actual o Previa) Marque todas las que apliquen:

Asma	Problemas Renales
Enfermedad Sanguínea	Sarampión
Varicela	Meningitis
Diabetes	Paperas
Alergia a Medicamento u Otra Cosa	Resultado positivo cutáneo de TB
Problemas de la Vista	Rubeola
Lesión en la Cabeza	Convulsiones/Inconsciente
Pérdida de Audición	Problema del Habla
Condición / Soplo Cardíaco	Usa Lentes Recetados/ de Contacto
Alta Presión Sanguínea	Tos Ferina
Urticaria o Eccema	

* Otros accidentes o enfermedades graves (describa) _____

Antecedentes Obstétricos:

Peso del Estudiante al Nacer: _____ Describa cualquier complicación durante el parto: _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su estudiante (relacionado con antecedentes actuales o previos de la salud, historial de la familia biológica inmediata, etc.)? _____

test _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)

en la _____. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)

a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____
Vision: _____ Insect stings: _____
Developmental: _____ Food: _____
Language/Speech: _____ Asthma: _____
Dental: _____
Other (Include behavioral concerns): _____
Comments/Explanations: _____

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

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

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

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

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

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

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:

- * Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- * Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- * Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- * Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- * Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- * Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- * Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- * Tener anomalías en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- * Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.



INSTRUMENTO DE LENGUAJE FAMILIAR

ESPAÑOL

Centro _____

Los contratistas de los Programa Preescolar del Estado de California (CSPP, por sus siglas en inglés deben seguir las directivas en el Boletín de Administración (MB, por sus siglas en inglés) 23-03 al administrar este instrumento

Nombre de alumno _____ Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

1)	¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa? <i>Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.</i>		
2)	¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad? <i>Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.</i>		
3)	¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?		
4)	¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?		

Raza étnica heredada a sus hijos: Aunque usted no está obligado/a a proveer esta información, su cooperación nos ayudará a cumplir con las leyes Federales de acuerdo con los Derechos Civiles. Si usted se rehúsa a proveer esta información, su decisión no afectará su solicitud o la participación de su niño(a) en el programa. La recopilación de esta información es de acuerdo con el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1984 y es usada únicamente para reportes estadísticos. Si usted desea, por favor circule la raza a que usted pertenece.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Blanco-no de Origen Hispano	Negro-no de Origen Hispano	Hispano	Asiático	Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo Hawaiian o De las Islas del Pacífico

Idioma para la correspondencia al hogar: *Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito o verbalmente al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)*

Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo Otro: _____

Nombre del Padre o Madre

Firma del Padre o Madre

Fecha

Boletín de Administración 22-04(a) -- Apéndice A Instrumento de lenguaje familiar

Propósito y formular

El propósito de este instrumento es para identificar y comprender los antecedentes lingüísticos de cada niño para apoyar y fortalecer su desarrollo del lenguaje. Cuando los adultos entienden las experiencias pasadas de los niños con el o los idioma(s), pueden aprovechar esas experiencias y apoyar mejor el desarrollo de los niños, a través de la afirmación y el promover del lenguaje y la cultura materna del niño para apoyarle a convertirse en multilingües y multi-letrado, tanto en inglés como en su(s) idioma(s) natal(es).

Esta información se utilizará para informar y planificar el currículo del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el ambiente de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las colaboraciones con las familias para mejorar el apoyo a los niños que estudian aprendizaje de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés).

Las determinaciones hechas para el estatus del aprendizaje de idioma dual en preescolar serán basadas en los resultados de este instrumento son distintas a la designación de aprendizaje de inglés (EL, por sus siglas en inglés) en el sistema de kindergarten transicional (Universal TK, por sus siglas en inglés) hasta el grado 12 (TK-12). La identificación del aprendizaje de idioma dual en preescolar no establece la designación aprendizaje de inglés

(EL, por sus siglas en inglés) ni asegura los servicios EL en TK-12. Los estudiantes inscritos en TK-12 deberán pasar por el proceso de identificación de aprendizaje de inglés, incluyendo la finalización de la Encuesta de la lengua materna (HLS, por sus siglas en inglés) de su distrito y las Pruebas de suficiencia en inglés para California (ELPAC, por sus siglas en inglés) al ingresar al kínder Transicional (TK) o kínder, según lo exijan las leyes estatales y federales.

Instrucciones

Los contratistas de los Programa Preescolar del Estado de California (CSPP, por sus siglas en inglés) deben seguir las directivas en el Boletín de Administración (MB, por sus siglas en inglés) 22-04(a) al administrar este instrumento.

Al ofrecer el instrumento, los contratistas de CSPP pueden usar el siguiente lenguaje para asegurar y referir a los padres de familia y a las familias preocupadas por las implicaciones de la identificación de aprendizaje de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés) en preescolar y la relación con el estatus de aprendizaje de inglés en TK-12:

- La identificación de su hijo como un aprendiz de idioma dual en CSPP significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar sus habilidades en la lengua materna, así como en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solo en preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o apoyos de programas que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en el kínder Transicional o kínder.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS



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

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen. <input type="checkbox"/> No binario	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA		
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DEL TRABAJO	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DOMICILIO – número	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:					
NOMBRE		PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:					
APELLIDO		NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO		NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____		Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Occiso	

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El abajo firmante, como padre/tutor legal de:

(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)

por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.

ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de mani, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".

INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) Sí No * Si respondió "Sí" Indique: Seguro médico Particular Medi-Cal Healthy Families

de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:

1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR GRUPO # 1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR GRUPO #

NOMBRE DEL DOCTOR/CLÍNICA NOMBRE DEL DOCTOR/CLÍNICA

*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.

MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :

MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.

X
FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) PADRE TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA) FECHA

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marca directa (no extensiones)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

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

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

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

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA



Pólizas de causas del cese pueden incluir:



Las siguientes razones son causas de terminación de servicios de centros de Educación Preescolar, no deben de exceder tres veces al año:

- Violación de las políticas y procedimientos del programa
- La conducta de un miembro de la familia que presenta un riesgo para los niños y el personal como el hecho de que un padre use lenguaje profano, amenazas o destrucción de bienes
- Si el pago de las cuotas atrasadas de la familia, no se entrega el primer día de negocio de cada mes y siguen 7 días después de esa fecha, en el octavo día, se iniciará un "NOA" con el aviso del cese de servicios que se llevará a cabo 14 días del aviso entregado en mano y 19 días si es enviado por correo si el pago no se ha hecho por completo.
- Si los Padres/Tutores no cumplen con el plan de pago atrasado.
- Falta de proveer documentos de rectificación después de que se venza elegibilidad de 24 meses.
- Excesivas ausencias injustificadas se limitan a 5 días por año escolar
- Falta de cooperación con el personal del distrito del cual perturbe el funcionamiento y eficaz del programa.
- Falta de no seguir el procedimiento de firmar la entrada y salida
- Mentir en la aplicación sobre la familia, situación financiera, trabajo o cualquier otra información relacionada con la elegibilidad o necesidad.
- La conducta del niño que interrumpe seriamente el funcionamiento y eficiencia del programa.
- Falta del padre/tutor de no responder adecuadamente después de que se le haya dicho que remueva el niño/a del centro por enfermedad o suspensión.
- Violación del horario del contrato que incluye dejando los niños muy temprano o recogiendo los muy tarde, en tres ocasiones por año escolar.
- Recoger a los niños tarde o después de que cierre el centro o el programa (el cese de los servicios puede ocurrir en la cuarta vez que se recoja tarde al niño después de tres advertencias por escrito dentro de un periodo de un año)

CORTE AQUI

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION POLIZAS DE CAUSAS DEL CESE PUENDEN
INCLUIR SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES
(SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO)
TO: PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____
Nombre del Niño(s)

He recibido, de la persona con licencia, una copia de la "Pólizas de causas del cese pueden incluir y el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado del centro.

Yo también he recibido y revisado junto la principal/representante designado la información acerca del centro de educación preescolar incluyendo las responsabilidades de los padres y las causas por terminación de servicios.

Nombre del Centro

Dirección

Firma (Padre/Madre/representante autorizado)

Fecha

NOTE: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.



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



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

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

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

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

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

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

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

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

5. Fecha en que se firmó

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

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

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

11. Director(a)

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

12. Escuela

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

DERECHOS PERSONALES**Centros de Cuidado Infantil**

Derechos Personales. Ver en el Artículo 101223 las condiciones de las exenciones que se aplican a los Centros de Cuidado Infantil.

- (a) Centros de Cuidado Infantil. Cada niño que reciba servicios de un Centro de Cuidado Infantil tendrá derechos que incluyen, entre otros, los siguientes:
- (1) Concederle dignidad en sus relaciones personales con el personal y con otras personas.
 - (2) Concederle instalaciones, muebles y equipo seguros, salubres y cómodos para atender sus necesidades.
 - (3) No tener castigos corporales o de otro tipo, que se les inflija dolor, humillación, intimidación, ridículo, coerción, amenaza, abuso mental o alguna otra acción de naturaleza punitiva, incluyendo entre otras cosas, la interferencia con las funciones de la vida diaria, incluyendo el comer, dormir, ir al baño; o que se les niegue albergue, ropa, medicamentos o medios auxiliares para su funcionamiento físico.
 - (4) Mantenerlo informado a él y a su representante autorizado, si lo tiene, por parte del titular de la licencia de las disposiciones de la ley relacionadas con las denuncias y quejas, entre otras, la dirección y el número de teléfono de la unidad que reciba la queja de la agencia que otorga la licencia y de la información relacionada con la confidencialidad.
 - (5) Tener la libertad de asistir a actividades o servicios religiosos de su elección y tener visitas de un consejero espiritual que él escoja. La asistencia a todos los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera de la instalación, se harán completamente de manera voluntaria. En los Centros de Cuidado Infantil, las decisiones relacionadas con la asistencia a los servicios religiosos o visitas de los consejeros espirituales las tomarán los padres o tutores del niño.
 - (6) No quedar encerrado con seguro en ningún salón, edificio o instalación durante el día o la noche.
 - (7) No ponerlo bajo ningún dispositivo de contención, a menos de que sea un medio de contención auxiliar aprobado por anticipado por una agencia que otorgue la licencia.

EL REPRESENTANTE/PADRE DE FAMILIA/TUTOR TIENEN EL DERECHO DE ESTAR INFORMADOS DEL NOMBRE DE LA AGENCIA CORRESPONDIENTE QUE OTORGA LA LICENCIA A LA QUE SE DEBE CONTACTAR EN CASO DE QUE SE PRESENTE UNA DENUNCIA, EN CUYO CASO ES LA SIGUIENTE:

 EL SEGUNDO REGIONAL OFFICE 30

300 N. Continental Blvd.,
Suite 290A, MS 29-13
El Segundo, CA 90245
(424) 301-3077
FAX (424) 301-3200

 MONTEREY PARK SOUTH WEST REGIONAL OFFICE 54

1000 Corporate Center Dr.,
Suite 200B MS 29-854
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350
FAX(323) 981-3355

 PALMDALE REGIONAL OFFICE 12

39115 Trade Center Dr.,
Suite 201 MS 29-29
Palmdale, CA 93551
(661)202-3318
FAX(661) 202-3809

 EL SEGUNDO NORTH REGIONAL OFFICE 58

300 N. Continental Blvd.,
Suite 290A, MS 29-13
El Segundo, CA 90245
(424) 301-3077
FAX (424) 301-3200

 MONTEREY PARK REGIONAL OFFICE 33

1000 Corporate Center Dr.,
Suite 200B MS 29-15
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350
FAX(323) 981-3355

Oficina de Licencias de los Centros de Cuidado de la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales

----- CORTE AQUÍ -----

PARA: PADRE/TUTOR/ ESTUDIANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

ARCHIVAR EN EL EXPEDIENTE DEL ALUMNO

Después de que se le hayan explicado completamente y de manera satisfactoria los derechos personales, llene el siguiente formulario de acuse de recibo:

ACUSE DE RECIBO: Se nos ha informado personalmente de y hemos recibido una copia de los derechos personales contenidos en el Título 22 del Código de Reglamentos de California, en el momento de la admisión a:

(NOMBRE DE LA INSTALACIÓN CON LETRA DE MOLDE)

(DIRECCIÓN DE LA INSTALACIÓN CON LETRA DE MOLDE)

(NOMBRE DEL NIÑO/A CON LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE)

(TÍTULO DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR)

(FECHA)

**CENTRO DE CUIDADO INFANTIL
NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES**

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre de familia o representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar a e inspeccionar el centro de cuidado infantil sin avisar por anticipado cuando sus hijos estén bajo el cuidado del centro.
2. Presentar una queja o denuncia en contra del titular de la licencia en la oficina que la otorga y revisar su expediente público que se guarda en esta oficina.
3. Revisar, en el centro de cuidado infantil, los reportes de las visitas autorizadas y las quejas corroboradas en contra del titular de la licencia que se han hecho durante los tres últimos años.
4. Presentar una queja ante la oficina que otorga la licencia e inspeccionar el centro de cuidado infantil sin que se le discrimine o se tomen represalias en contra de usted o de su hijo/a.
5. Solicitar por escrito que a un padre no se le permita visitar a su hijo/a o que lo lleve del centro de cuidado infantil, siempre y cuando usted haya mostrado una copia certificada de una orden de un juez.
6. Recibir del titular de la licencia, el nombre, la dirección y el número de teléfono de la oficina local que otorga la licencia.
7. Solicitarle información al titular de la licencia, el nombre y el tipo de la asociación con el centro de cuidado infantil de cualquier adulto a quien se le ha otorgado una exención de un historial de antecedentes penales, y que también se obtenga el nombre de la persona contactando la oficina local que otorga la licencia.
8. Recibir, del titular de la licencia, el formulario del Proceso de Verificación del Historial de Antecedentes Penales de la persona encargada del Cuidado Infantil.

Oficina de Licencias de los Centros de Cuidado de la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales

**EL SEGUNDO REGIONAL
OFFICE 30**
300 N. Continental Blvd.,
Suite 290A, MS 29-13
El Segundo, CA 90245
(424) 301-3077
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK SOUTH WEST
REGIONAL OFFICE 54**
1000 Corporate Center Dr.,
Suite 200B MS 29-854
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350
FAX(323) 981-3355

PALMDALE REGIONAL OFFICE 12
39115 Trade Center Dr.,
Suite 201 MS 29-29
Palmdale, CA 93551
(661)202-3318
FAX(661) 202-3809

**EL SEGUNDO NORTH REGIONAL
OFFICE 58**
300 N. Continental Blvd.,
Suite 290A, MS 29-13
El Segundo, CA 90245
(424) 301-3077
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK REGIONAL
OFFICE 33**
1000 Corporate Center Dr.,
Suite 200B MS 29-15
Monterey Park, CA 91754
(323) 981-3350
FAX(323) 981-3355

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA DISPONE QUE EL TITULAR DE LA LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL A UN PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO SI LA CONDUCTA DEL PADRE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO REPRESENTA UN RIESGO PARA LOS NIÑOS QUE ESTÁN BAJO EL CUIDADO DE ESTE CENTRO.

Si desea ver la base de datos de "Delincuentes Sexuales Registrados" del Departamento de Justicia, visite www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre o del representante autorizado)

Yo, el padre/representante autorizado de _____
he recibido una copia de la "NOTIFICACIÓN DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES" y el formulario del PROCESO DE VERIFICACIÓN DEL HISTORIAL DE LOS ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA A CARGO DEL CUIDADO DEL NIÑO del titular de la licencia.

Nombre del Centro de Cuidado Infantil

Firma (Padre/Representante Autorizado)

Fecha

NOTA: Este Acuse de Recibo se debe guardar en el expediente del niño/a y se le debe entregar la Notificación al padre/representante autorizado.

Si desea ver la base de datos del "Delincuentes Sexuales Registrados" del Departamento de Justicia, visite www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES / ESTUDIANTES

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y DIRECTRICES DE LA EDUCACIÓN TEMPRANA

Estimado Padre/Madre o Tutor Legal:

Nuestro programa anual notifica a los padres / tutores sus derechos a servicios y programas ofrecidos a través de la Oficina de Educación Preescolar. Usted debe firmar un formulario de notificación y enviarlo a las escuelas de sus hijos como acuse de recibo y que ha sido informado de sus derechos.

Por favor lea la Información para los padres y devolver el formulario firmado abajo a la escuela. Su firma no constituye un consentimiento para participar en algún programa en particular.

----- corte aquí -----



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES / ESTUDIANTES

RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL DE INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

Por este medio y con mi firma a continuación, doy acuse de haber recibido la notificación requerida anual de los derechos de los padres / estudiantes en nombre de mi hijo / hija.

Por favor escriba CON LETRA DE MOLDE el nombre, fecha de nacimiento y el grado de su hijo.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

_____	_____	_____	_____
Apellido e Inicial	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____	_____
Firma del padre o tutor	Firma del estudiante (6º al 12º grado)		

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN

Bajo la ley federal y estatal, los distritos escolares pueden compartir información del directorio con las personas autorizadas, las organizaciones y / o funcionarios. De conformidad con el artículo 49073 del Código de Educación de California, el LAUSD ha identificado las categorías de información que se enumeran a continuación, como información de directorio que puede ser entregada a los funcionarios y a las organizaciones mencionadas a continuación. Los padres de estudiantes de 17 años o menos y los estudiantes adultos mayores de 18 años pueden solicitarle al director de la escuela que limite la divulgación de la información del directorio o no divulgar la información del directorio en absoluto. La solicitud de retener la información del directorio estudiantil sólo es aplicable a este año escolar.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

FAVOR DE LEER Y LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN Y ENTREGÁRSELO AL DIRECTOR DE SU ESCUELA. A MENOS DE QUE ESTE FORMULARIO NO SE ENTREGUE, LA INFORMACIÓN SE SU HIJO SERÁ DIVULGADA TAL Y COMO SE HA INDICADO.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES - MANUAL PARA ESTUDIANTES Y PADRES

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (Letra de molde)	Fecha de nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Zona Postal:
Número de teléfono:	Salón de registro:	

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE ESTUDIANTES

- No quiero tener ninguna información del directorio a cualquier persona u organización.
- Solicito que se retenga la información del directorio de acuerdo con el cuadro o cuadros que marco a continuación:

	NO DIVULGAR		NO DIVULGAR
PTA		Nombre	
DEPARTAMENTO DE SALUD.		Dirección	
FUNCIONARIOS ELECTOS		Número telefónico	
DCFS		Fecha de Nacimiento	
DPTO. DE SALUD MENTAL		Fechas de asistencia	
DEPT. DE LIBERTAD CONDICIONAL		Escuela(s) anterior (es)	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Mi hijo puede ser entrevistado, fotografiado, filmado por los miembros de los medios de comunicación.

Mi hijo no puede ser entrevistado, fotografiado, filmado por ningún miembro de los medios de comunicación.

Firma del padre o tutor (si el estudiante es menor de 18)

Firma del alumno (si el estudiante es mayor de 18 Años)

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES 2025-2026
NOTIFICACIÓN ANUAL DEL USO DE PESTICIDAS**

El Distrito ha adoptado una política del Sistema del Manejo Integrado de Plagas (MIP). Esta política incluye notificar a los padres / tutores legales del uso de plaguicidas. Durante el año escolar, puede ser necesario aplicar los pesticidas en la escuela de su hijo para evitar los problemas graves de salud que presentan las plagas y / o mantener la integridad de una estructura. Sin embargo, si usted siente que su hijo o su (para el personal de la escuela) salud y / o comportamiento pueden verse afectados por exponerse a los plaguicidas, se le notificará de la siguiente manera:

- La aplicación de los productos en la Lista Aprobada se puede aplicar durante el año escolar (ver lista adjunta de los productos plaguicidas que han sido aprobados para su uso en los planteles del Distrito).
- En caso de que el uso de un producto sea necesario que no está en la Lista Aprobada, usted será notificado con 72 horas de antelación (Excepción: Circunstancias de emergencia que ameritan una respuesta inmediata).
- Información adicional acerca de los productos plaguicidas, incluyendo los de la lista aprobada del Distrito, se encuentra disponible en <http://www.cdpr.ca.gov>

Por favor, llene, separe y devuelva el formulario a continuación a la oficina principal de la escuela, indicando si desea ser notificado antes de la hora programada en que se va a utilizar un pesticida en la escuela.

----- *Corte aquí y devuélvalo* -----

SOLICITUD DEL PADRE O TUTOR PARA QUE SE LE NOTIFIQUE
2025-2026

- Me gustaría que se me notificara** cada vez que se lleve a cabo una aplicación de pesticidas en la escuela de mi hijo (es decir, además de la notificación anual). Yo entiendo que la notificación será enviada a casa con mi hijo, o que se me entregará como un miembro del personal de la escuela al menos 72 horas antes de la aplicación. (Excepción: las circunstancias de emergencia que requieren una respuesta inmediata).

- No es necesario que se me notifique** cada vez que se aplique un plaguicida en la escuela. Yo entiendo que voy a recibir una notificación anual en el Manual de Padres y Estudiantes, o por otros medios, de los plaguicidas aprobados para su uso en las escuelas.

Nombre del niño (Letra de molde): _____ Grado: _____

Escuela: _____ Número del salón: _____

Nombre del padre o tutor (letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nota al Administrador del Plantel

Presente el original en la oficina principal. Si se marca el cuadro anterior "Me gustaría que se me notifique con anticipación", envíe una copia de esta notificación por correo de la escuela al Departamento de Manejo de Plagas, tan pronto como se reciben de los padres y el personal.

**Mantenimiento y Operaciones y Servicios Especiales
333 South Beudry Ave. 22nd Floor, Los Angeles, CA 90017
Attn: Richard Avendano, IPM Program Coordinator**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
DEPARTAMENTO DE POLICÍA ESCOLAR DE LOS ANGELES



**SUPERINTENDENTE
DE LAS ESCUELAS**

Oficina del Jefe de Policía
125 North Beaudry Avenue, Los Angeles, California 90012
Teléfono: (213) 202-4508 – Fax: (213) 202-8676



STEVEN K. ZIPPERMAN
JEFE DE POLICÍA

9 de septiembre de 2019

**Acerca de: INFORMACIÓN SOBRE LAS RESPONSABILIDADES LEGALES DE LOS
PADRES/TUTORES EN RELACIÓN CON EL ALMACENAMIENTO SEGURO DE ARMAS**

Estimado padre/tutor:

Brindarles a nuestros estudiantes y personal un ambiente educativo seguro sigue siendo una de nuestras principales prioridades. Todos tenemos conocimiento de los incidentes de violencia con armas de fuego en nuestras comunidades vecinas y en todo el país. Cada año en California, un promedio de 27 niños menores de 18 años ha muerto por suicidio con un arma que pertenecía a alguien de su casa. En la mayoría de estos incidentes relacionados con armas, el menor obtuvo acceso a un arma comprada legalmente que estaba en su residencia o en la residencia de un pariente. El Distrito Unificado de Los Ángeles toma medidas para garantizar que las escuelas estén a salvo de la amenaza de la violencia con armas de fuego. Cualquier estudiante que se encuentre en posesión de un arma de fuego en la escuela está sujeto a arresto inmediato, suspensión y procedimientos de expulsión. A fin de aumentar aún más nuestros esfuerzos para proteger a los estudiantes contra las armas de fuego, y como cortesía para nuestras familias, nos gustaría llamar a su atención las obligaciones legales para proteger a los menores del almacenamiento negligente de armas. Por favor, vea a continuación el resumen de dos de las leyes sobre el almacenamiento de armas:

[Almacenamiento seguro de pistolas, Código Municipal de Los Ángeles, artículo 55.21](#)

Esta ley de la ciudad de Los Ángeles hace que sea un delito tener una pistola dentro de una residencia a menos que la pistola esté almacenada en un contenedor cerrado con llave, o que esté desactivada con un seguro de gatillo aprobado por el Departamento de Justicia de California.

[Almacenamiento criminal de un arma de fuego, Código Penal de California, artículo 25100\(A\)](#)

Esta ley estatal hace que sea un delito almacenar un arma de fuego cargada en cualquier sitio bajo su control, sabiendo, o cuando razonablemente debería haber sabido, que es probable que un niño obtenga acceso al arma de fuego, y que el niño logre tener acceso a la misma, causando muerte o un gran daño físico.

No dude en extraer el texto completo de las leyes anteriores para obtener más detalles.

Cordialmente,

STEVEN K. ZIPPERMAN
Jefe de Policía

----- **CORTE AQUI Y DEVUELVA AL DIRECTOR DE SU ESCUELA**-----

ALMACENAMIENTO SEGURO DE ARMAS - FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN



Por favor, firme a continuación para confirmar que ha recibido esta información.

Nombre del estudiante (en letra de molde por favor): _____

Nombre del padre/tutor (en letra de molde por favor): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Los Angeles Unified School District
Programa de Educación Migrante
Cuestionario Sobre el Trabajo de la Familia

Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios educativos y de salud **GRATUITOS**.

- Tutoría Después de Clases
- Academias Universitarias en el Verano
- Clases los Sábados
- Campamento al Aire Libre en el Verano
- Programas de Preparación para el Kinder
- Academias de Ciencias en el Verano
- Talleres para padres
- Referencias para servicios

¿Se ha mudado usted o algún miembro de la familia a trabajar o buscar trabajo en la agricultura dentro de los últimos 3 años? Sí No – Si contest SI, favor de contestar la siguiente pregunta.

¿Sus hijos se mudaron con usted cuando fue a trabajar o a buscar trabajo? Sí No

(Por favor indique todos los trabajos agrícolas y de pesca, temporales o de temporada, que aplican.)

<input type="checkbox"/> Trabajo de Campo/Agricultura Ejemplos: (sembrar, plantar, podar, pizar, cosechar, empacar, sortear o transportar frutas, vegetales, granos, u otras cosechas; preparación de la tierra, irrigación, fumigación, etc.)	<input type="checkbox"/> Huerta Ejemplos: (pizar, podar, sortear frutas, árboles de nueces, y viñas, etc.)	<input type="checkbox"/> Vivero Ejemplos: (sembrar, cultivar, plantar, cosechar flores, plantas, árboles, arbustos, hierbas, siembra del césped, etc.)	<input type="checkbox"/> Pesca Ejemplos: (pescar, sortear, empacar, procesar, transportar pescado o mariscos, etc.)
<input type="checkbox"/> Lechería/Granja/Rancho/Ganadería Ejemplos: (ordeñar, alimentar ganado, transportar animales; crianza de animales de granja, tales como aves decorral, chivos, cerdos, etc.; y venta desus productos como leche, huevos, queso, etc. para alguien o para el sustento de la familia.)	<input type="checkbox"/> Empacadora Ejemplos: (procesamiento/tratamiento, almacenaje, congelación, enlatar, empacar frutas, vegetales, carnes, etc.)	<input type="checkbox"/> Tratamiento/Procesamiento de Comida Ejemplos: (preparar, procesar, tratamiento de comidas como la salsa de tomate, jaleas de fruta, salsa, o procesamiento de trigo o de harina para productos de tortilla, cortar o empacar un surtido de carnes.)	<input type="checkbox"/> Silvicultura/Madera de Construcción/ Trabajo Forestal Ejemplos: (sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles; control dela vegetación, etc.)



Importante: **NO** se requiere pruebas del ingreso familiar o documentos de inmigración para recibir servicios.

Favor de proveer la siguiente información:

Fecha: _____

Nombre del Padre de Familia o Guardián: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

¿Cual es la mayor hora de llamarte? 8am-12pm 12pm-6pm 6pm-8pm

Nombre del Estudiante: _____

Escuela del Estudiante: _____ Grado: _____

**Para más información llame a la oficina del Programa de Educación Migrante,
del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles al (213) 241-0510**

*** TO HOME SCHOOL STAFF ***

Please return this survey to the Migrant Education Program Office,
Beaudry Building, 18th Floor, within two weeks of student's enrollment.
Please call (213) 241-0510 for more information.



CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA por sus siglas en Ingles), les da el derecho a todos los niños en edad escolar; que se encuentran sin hogar, a tener acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se proporciona a los estudiantes que si tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de facilitar la inscripción, asistencia y éxito académico de los estudiantes que se encuentran sin hogar. Para determinar elegibilidad, por favor complete este cuestionario. Para obtener información adicional, comuníquese a la oficina de Educación para Estudiantes sin Hogar llamando al (213) 202-7581.

Nombre del Estudiante:	Apellido del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Género:
Escuela:	Sitio:	Distrito Local:	Grado:
Dirección:	# de Apto.:	Ciudad:	Número estudiantil del Distrito:
Nombre del padre/guardián:	Número de contacto:		
Marque todo lo que aplique (Ø) El estudiante: <input type="checkbox"/> es un padre adolescente? <input type="checkbox"/> es un joven no acompañado por adultos? <input type="checkbox"/> ha huido de su hogar sin permiso?			
¿Cambió de escuelas el estudiante; en cualquier momento, después de haber completado el segundo año de la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si indica que sí, proporcione una copia de este cuestionario al consejero académico de la escuela para revisar elegibilidad de AB1806.</i>			

¿Está el estudiante actualmente viviendo en una de las opciones listadas abajo?



Sí No



Si usted contestó "NO" a esta pregunta, por favor pare y firme abajo. Si respondió "Sí", complete el resto del cuestionario.

**MARQUE (Ø) LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL
DE DONDE PASA LA NOCHE DEBIDO A LA PERDIDA DE VIVIENDA**

Refugio (ej. sin hogar, violencia doméstica, etc.) Nombre:	Motel/Hotel Nombre:
Garaje (sin acomodaciones)	Automóvil, Casa móvil (no fija), Tráiler o lugar de campamento
Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia	Temporalmente con un adulto que no es el padre, la madre o el tutor legal
Programa de vivienda transicional Nombre: _____	Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada
Otros lugares <u>NO</u> designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos? Explique:	

¿Necesita el Estudiante servicios? SI NO

por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "Sí")

Mochilas/Materiales escolares Artículos de higiene personal Asistencia de transporte*

***Si usted está solicitando asistencia de transporte, por favor lea y firme la declaración jurada a continuación:**

Necesito asistencia de LAUSD, ya que no tengo otra manera de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo(a) asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificar al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos esta asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir asistencia de transportación; y que debo cumplir con los requisitos de confirmar mi supervisión por escrito.

Se notificará a el Enlace Escolar para Personas sin Hogar el resultado de la petición. Si la petición de transporte es negada, los Padres/Guardianes puede apelar la decisión. Iniciales de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

¿Necesita el estudiante servicios adicionales? SI NO

Si indico que "sí, por favor marque los servicios que necesita

ropa, zapatos, uniformes tutoría académica referencias a organizaciones de vivienda asistencia a padres adolescentes

*****El Enlace Escolar para Personas sin Hogar debe tener una conferencia con la familia para facilitar referencias a estos servicios.*****

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

Nombre	Cargo	Teléfono	Correo electrónico
--------	-------	----------	--------------------

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar? Sí No

Si contestó "Sí", por favor complete un cuestionario adicional. Cada estudiante debe tener un cuestionario archivado en la escuela que asiste.

✓ Para cualquier pregunta sobre estos derechos, por favor de comunicarse con la Dra. Denise Miranda, al 213-202-7581 o en homelesseducation@lausd.net.

AFIDÁVIT- Al firmar este cuestionario, declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes en el estado de California que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda.

Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha: _____

SCHOOL PLEASE NOTE: upon completion, please _____ email to your Local District.

Central: shqldc@lausd.net, East: shqldc@lausd.net, NorthEast: shqldne@lausd.net, NorthWest shqldnw@lausd.net, South: shqlds@lausd.net, West: shqldw@lausd.net

SHQ MUST be kept in a CONFIDENTIAL file, which is separate from the permanent student record (this form must NOT be placed in the cumulative file).



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Division
SELF-CERTIFICATION OF INCOME FORM

SECCIÓN PARA PADRES:

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Ley del Estado de California (5CCR 18086.5) La ley estatal de California (5 CCR 18084) requiere que las familias que reciben servicios de educación infantil temprana del LAUSD documenten el ingreso total. Al completar este formulario, acepto proporcionar información y registros de empleo si se me solicita.

- Autorizo a mi empleador a divulgar la siguiente información al programa de educación infantil temprana. También autorizo al programa de educación infantil temprana a comunicarse con mi empleador para verificar cualquier información indicada en este formulario.
- No autorizo que se contacte a mi empleador para verificar mi empleo, ya que podría poner en riesgo mi trabajo.

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del Empleador	Título del Empleador	Número de Teléfono
Dirección (incluya Ciudad, Estado, Código Postal)	Horario de Trabajo	Tipo de Trabajo Realizado

Puesto/Departamento del Empleado: _____ Fecha de Contratación: _____

¿Cómo se le paga al empleado? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
(cada 14 días)

Pago por: Efectivo Cheque Ingreso bruto por período de pago: \$ _____

Horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: \$ _____

DÍAS Y HORAS DE EMPLEO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DE:	AM	AM	AM	AM	AM
A:	PM	PM	PM	PM	PM

Si tiene un horario variable, marque una opción: Varían los días Varían las horas Varían los días y las horas
 Por favor explique: _____

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

LAUSD SECTION:

Family ID: _____

Student Name	Travel Time Requested	Student Schedule Requested
	<input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> 60 minutes <input type="checkbox"/> Other: _____	
Means of Verification	Verified by	Date Verified

Case Notes: _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education Division

FORMULARIO DE INGRESOS NO DERIVADOS DE SALARIOS

SECCIÓN PARA PADRES: [Ley estatal de California \(5CCR 18084.1\)](#)

La ley estatal de California (5 CCR 18078) requiere que las familias que reciben servicios de educación infantil temprana de LAUSD documenten todos sus ingresos. Si el padre/madre/tutor no tiene ingresos provenientes de empleo, deberá proporcionar una Auto certificación de Ingresos según lo definido en la Sección 18078. **Además, deberá proporcionar documentación de todos los ingresos no derivados de salarios, lo que incluye la auto certificación de cualquier ingreso para el cual no sea posible proporcionar documentación.**

Nombre del padre/madre/tutor	Número de teléfono del padre/madre/tutor	Correo electrónico del padre/madre/tutor

Por favor responda lo siguiente:

- ¿Qué tipo de ingreso recibe? _____
(por ejemplo, CalWORKs, Manutención Infantil, etc)
- ¿Cuánto le pagan? \$ _____ por _____
(si no recibe ingresos, escriba "0" y complete la Pregunta #3)
- Si tiene "Cero Ingresos", por favor explique cómo mantiene a su familia:

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____

LAUSD SECTION: [California state law \(5CCR 18084.1\)](#)

Family ID: _____

If the parent does not have income from employment, they shall provide a Self-Certification of Income as defined in Section 18078. Agencies must case note how information was verified (i.e. phone call to business, providing work logs, attaching receipts/business cards/photos)

Select the Parent/Guardian's Corresponding Form	
<input type="checkbox"/> Child Protective Services/At Risk Referral Form <input type="checkbox"/> Seeking Permanent Housing/Homelessness Agreement Form <input type="checkbox"/> Seeking Employment Form <input type="checkbox"/> Training Verification Form <input type="checkbox"/> Statement of Parental Incapacity Form <input type="checkbox"/> Neighborhood School Eligibility Form	
Verified By	Date

Case Notes: _____