



REGISTRACION

PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA 2019-2020
SEPTEMBER 3rd, 2019 - AUGUST 22nd, 2020

OFFICE USE ONLY	
REGISTRATION FEE : _____	RECEIPT# _____
PROGRAM FEE: _____	DATE _____
CHECK: _____	CASH () CC () TAKEN BY _____

ESTE PROGRAMAPARTICIPA EN EL PROGRAMA DE COMIDA PARA NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)
EL PROGRAMA PROVEE ALIMENTOS SALUDABLES Y REFRIGERIOS A LOS NIÑOS QUE RECIBEN CUIDADO.

Fecha : _____

49 Semanas De 7:30 am - 6:30 pm (Niños deben tener 3 en Diciembre 1,2019 e ir solos al baño)

41 Sema De 7:30 am - 6:30 pm (Niños deben tener 3 para Diciembre 1,2018 e ir solos al baño)

7 Semanas Solo Verano (Niños deben tener 3 para Diciembre 1,2017 e ir solos al baño)

Registración es \$75 por niño.

Nombre de Padres _____ Telf. Casa _____

Dirección _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Trabajo _____

1. INFORMACION DE NIÑO/A:

Nombre Completo: _____

Masculino () Femenino () Fecha de Nacimiento : _____

ECE Registración: 5 Días _____ 4 Días _____ 3 Días _____ Horas: _____

LUNES () MARTES () MIERCOLES () JUEVES () VIERNES ()

2. INFORMACION DE NIÑO/A:

Nombre Completo: _____

Masculino () Femenino () Fecha de Nacimiento : _____

ECE Registración: 5 Días _____ 4 Días _____ 3 Días _____ Horas: _____

LUNES () MARTES () MIERCOLES () JUEVES () VIERNES ()

INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

Número de familia _____ Padre Soltero: Si () NO ()

RAZA

Blanca _____ Negra/Americano Africano _____ Hispano/Latino _____

Nativo Hawaiano o Isla del Pacifico _____ Indio Americano o Asiatico _____

INGRESOS

() < 24,000 () \$25,000 - \$50,000 () \$50,000 - \$80,000 () \$81,000 y más

CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM

PROGRAM NAME: _____

CHILD'S FULL NAME: _____

NAME: _____

BILLING ADDRESS:
(of Credit Card) _____

Telephone #: _____

Email Address: _____

Name on Credit Card: _____

Credit Card Type: MC _____ VISA _____ Discover _____ AMEX _____

Credit Card #: _____ CCV _____

Expiration Date: _____

Total Due: _____

Date: _____

Boys & Girls Club of Northern Westchester is authorized to charge my credit card as follows:

() ONE TIME PAYMENT OF _____

() AUTOMATIC MONTHLY PAYMENTS OF _____

Authorized Signature: _____

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
REGISTRO DE CUIDADO DIURNO



Nombre completo del niño(a):		Fecha de nacimiento:	Género:
Nombre preferido/apodo:		/ /	
Dirección de la casa del niño(a):			
Nombre de la persona inscribiendo al niño(a):		Relación con el niño(a):	
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Encargado(a) <input type="checkbox"/> Pariente _____ <input type="checkbox"/> Co Otra _____	

Número(s) de teléfono de la persona inscribiendo al niño(a): () - <input type="checkbox"/> puede enviar textos	Dirección de la persona inscribiendo al niño(a) (si es diferente a la del niño[a]):
Correo electrónico:	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES	Autorizado para recoger al niño(a)	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO
	Contacto principal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos

For Program Use Only Date of Enrollment: / /	For Program Use Only Date of Disenrollment: / /
---	--

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre completo del niño(a):	Fecha de nacimiento:
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Intervención temprana/ Educación especial <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> El habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Alergias (lista) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____ Compañía de Seguro Médico : _____	
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:	
Nombre del médico principal del niño(a)/Grupo:	Número de teléfono:
Hospital preferido:	() -
Cuidado dental del niño(a):	Número de teléfono :
	() -
	Número de teléfono:
	() -

Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: <https://nystateofhealth.ny.gov/>

ACUERDOS

- Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a)..... Sí No
- Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada..... Sí No
- Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo..... Sí No
- Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado..... Sí No
- Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación..... Sí No
- Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año..... Sí No

FIRMA PADRE/MADREO PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):	FECHA: / /
--	------------



BOYS & GIRLS CLUB
OF NORTHERN WESTCHESTER

PRE SCHOOL INFORMACION

Niño _____ M _____ F _____ D/O/B _____
 Niño _____ M _____ F _____ D/O/B _____

INFORMACION DE PADRE O GUARDIAN

Padre _____ Casa Telf _____
 Dirección _____
 Ocupación o Lugar de Trabajo _____
 Celular # _____ Trabajo Telf _____
 Madre _____ Casa Telf _____
 Dirección _____
 Ocupación o Lugar de Trabajo _____
 Celular # _____ Trabajo Telf _____

INFORMACION FAMILIAR

Hermano y/o Hermanas (Por favor indicar edad y si viven con el niño) _____

Indicar las otras personas que viven con el niño y la relación _____

HISTORIA PERSONAL DEL NIÑO

El niño usa la mano derecha o izquierda DERECHA _____ IZQUIERDA _____
 Ha tenido experiencia de grupo antes? SI _____ NO _____
 Si es SI, indique donde y cuando _____
 Palabras que usa para ir baño _____
 Tiene problemas con el Intestino o Vejiga SI _____ NO _____
 Tiene rabieta? SI _____ NO _____
 Se chupa el dedo? SI _____ NO _____
 Tiene Miedos? SI _____ NO _____

Tiene alguna dificultad para compartir, hacer manualides o seguir las instrucciones?

SI _____ NO _____

Otra información sobre Dísciplina, comunicación, personalidad, etc. que podría ayudar?

Que le interesa al niño/a? _____

Indicaciones para la comida y/o alimentación? _____

Indicaciones para dormir? _____

Que espera que su hijo(a) aprenda de su experiencia en el Pre-School? _____



Preschool (2019 - 2020) _____

Classroom # _____

Summer Only _____

PERMISO PARA PROGRAMA DE PRE ESCUELA

Apellido del Niño	_____	Nombre	_____	Edad en 2019	_____
Apellido del Niño	_____	Nombre	_____	Edad en 2019	_____
Apellido del Niño	_____	Nombre	_____	Edad en 2019	_____
Apellido del Niño	_____	Nombre	_____	Edad en 2019	_____

PERMISO PARA NATACION

Doy permiso a mi hijo(a) a participar en natación como una actividad en grupo que es parte del Programa de Educación de Primera Infancia del BGC. (Los padres serán notificados previamente)

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

PERMISO PARA FOTOGRAFIA Y/O VIDEO

Autorizo al Boys & Girls Club Norte de Westchester a utilizar FOTOGRAFIAS Y/O GRABAR VIDEOS de mi hijo(a) con el propósito de RELACIONES PUBLICAS, ENTRENAMIENTO Y/O CONTROL DE PERSONAL sin límite de tiempo. Se entiende que será notificado del material que será usado.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

PERMISO PARA RECOGER A LOS NIÑOS

Autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo(a)

Nombre	_____	Teléfono	_____
Nombre	_____	Teléfono	_____
Nombre	_____	Teléfono	_____
Nombre	_____	Teléfono	_____

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

Nota: Se requiere de otro permiso escrito para que otra persona no indicada en la lista pueda recoger a su niño(a).

Estimado Padre, Tutor o Participante del CACFP:

Este centro participa en el Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y ofrece comidas nutritivas todos los días en los que opera. La información solicitada en el Formulario de Elegibilidad de Ingresos adjunto para guarderías de niños y centros de cuidado diurno para adultos determina el monto de reembolso que CACFP le otorgará a este centro en concepto de comidas y refrigerios según los criterios de ingresos familiares del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) que se detallan a continuación:

Le recomendamos que complete el formulario lo antes posible para que su centro pueda maximizar el reembolso destinado a refrigerios y alimentos saludables. El grupo familiar debe completar el formulario una vez al año sin incluir a los niños inscritos en los programas Head Start o At-Risk Only. Todos los datos ingresados en el formulario serán de carácter confidencial y solo se usarán para determinar el monto de reembolso de CACFP para comidas y refrigerios que se ofrecen en este centro.

Los hijos tutelares reciben automáticamente el monto de reembolso más altos que ofrece CACFP. Los grupos familiares que tengan hijos tutelares e hijos no tutelares en guarderías pueden completar un solo formulario que incluya a los hijos tutelares como miembros del grupo familiar. La determinación de elegibilidad para los hijos tutelares dependerá de la información que el grupo familiar incluya en el formulario.

**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO
(1 de julio de 2018 hasta el 30 de junio de 2019)**

RESIDENTES EN EL HOGAR	COMIDAS DE PRECIO REDUCIDO		
	AÑO	MES	SEMANA
1	22,459	1,872	432
2	30,451	2,538	586
3	38,443	3,204	740
4	46,435	3,870	893
5	54,427	4,536	1,047
6	62,419	5,202	1,201
7	70,411	5,868	1,355
8	78,403	6,534	1,508
POR CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA ADICIONAL	+7,992	+666	+154

PATROCINADOR/FUNCIONARIO DEL CENTRO

ORGANIZACIÓN PATROCINANTE

FECHA

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL _____

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES

Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar

1. Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), O
4. Es un niño en cuidado temporal

SECCIÓN A

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) _____

N.º TANF (TANF #) _____

N.º FDPIR (FDPIR #) _____

Nombres de _____
Niños en cuidado temporal _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Fecha _____

FOR SPONSOR USE ONLY	
CACFP Agreement # _____	
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>	
Total Household Income \$ _____	
Free _____	Reduced _____
Paid _____	
Date of Determination _____	
Signature of _____	
Center Staff _____	

Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

SECCIÓN B

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que **NO** se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA _____

Declaración de la Ley de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario cuando: solicita en nombre de un niño en cuidado temporal; proporciona un número SNAP, TANF o FDPIR; o cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un Número de seguro social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para reembolso por comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR DOH-3688

Definición de los ingresos

Ingresos significa el ingreso antes de las deducciones de impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas del seguro, contribuciones a la beneficencia y bonos, etc. Esto incluye lo siguiente: (1) compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingreso neto de auto empleo no agrícola; (3) ingreso neto de auto empleo agrícola; (4) pagos del seguro social; (5) dividendos o intereses sobre ahorros o bonos, ingresos derivados de bienes o fideicomisos o de rentas netas; (6) compensación por desempleo; (7) empleado civil del gobierno o jubilación militar, o pensiones o pagos a veteranos; (8) pensiones o anualidades privadas; (9) pagos de pensión alimenticia o manutención infantil; (10) contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; (11) regalías netas; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, como subsidio para vivienda si usted se encuentra dentro de la Iniciativa de Privatización Militar de Vivienda; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición del grupo familiar

Grupo familiar significa *familia*, según se define en la Sección 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una vivienda institucional o temporal, pero que viven como una unidad económica.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio que se proporciona.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asista a este centro de cuidado infantil.

Sección A: si alguien en su grupo familiar participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número SNAP, TANF o FDPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil ACS o DSS). Luego, firme y coloque la fecha en el formulario y devuélvalo a la guardería.

Niños en cuidado temporal: si su grupo familiar incluye un niño en cuidado temporal que esté en cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en cuidado temporal.

Sección B: complete esta sección si no completa la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aún si no tienen ningún ingreso. No incluya a los niños en cuidado infantil que se encuentran en la parte superior del formulario.

Ingrese el monto de los ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos o cualquier otra cosa que se haya deducido. Consulte la Definición de Ingresos y la Definición de Grupo Familiar, anteriormente. Si cualquier monto del mes pasado fue superior o inferior al usual, escríbalo en el ingreso normal de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un Número de Seguro Social, no escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un miembro adulto del grupo familiar.

INSTRUCCIONES PARA CENTROS Y PATROCINADORES

La sección *Solo para uso del patrocinador* la debe completar, firmar y fechar el personal del centro o el patrocinador. El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y asegurarse de que esté completo según se indica en las instrucciones anteriores. Luego indique lo siguiente:

Número de Acuerdo CACFP.

Número total de miembros en el grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Agregue a los que se indica en la Sección B (si la completó) a los niños inscritos en cuidado infantil y el número de niños en cuidado temporal, si aplica.

Ingresos totales del grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre elige no divulgar los ingresos, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

Número gratuito, reducido o pagado: compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos del año actual (CACFP-3687) para determinar si el grupo familiar deberá clasificarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Utilice la columna apropiada en CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique ese monto por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o números de SNAP, TANF o FDPIR) se clasifican en la categoría de pagado.

El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario después de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar. Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2014, es válido hasta el 31 de mayo de 2015.

**NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
CHILD IN CARE MEDICAL STATEMENT**

To Be Completed By Licensed Physician, Physician's Assistant or Nurse Practitioner

Name of Child:	Date of Birth:	Date of Examination:
----------------	----------------	----------------------

Immunizations required for entry into day care

Yes No

Medical Exemption The physical condition of the named child is such that one or more of the immunizations would endanger life or health. Attach certification specifying the exempt immunization(s).

Diphtheria, Tetanus and Pertussis (DPT) Diphtheria and Tetanus and acellular Pertussis (DTaP)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	5 th Date
Polio (IPV or OPV)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	
Haemophilus influenzae type B (Hib)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date OR 1 st Date (if given on or after 15 months of age)	
Pneumococcal Conjugate (PCV) for those born on or after 1/1/08	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	
Hepatitis B	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date		
Measles, Mumps and Rubella (MMR)	1 st Date	2 nd Date			
Varicella (also known as Chicken Pox)	1 st Date	2 nd Date			

Other Immunizations may include the recommended vaccines of Rotavirus, Influenza and Hepatitis A

Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:
Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:
Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:

Tests

Tuberculin Test Date: / / Mantoux Results: Positive Negative mm
 TB Tests are at the physician's discretion. Acceptable tests include Mantoux or other federally approved test. If positive, or if x-ray ordered, attach physician's statement documenting treatment and follow-up.

Lead Screening Date: / /
 Attach lead level statement
Lead Screening (Include All Dates and Results)

1 year / / Result: mcg/dL Venous Capillary
 2 years / / Result: mcg/dL Venous Capillary

Most recent date of lead screening (if different from above):
 / / Result: mcg/dL Venous Capillary

Per NYS law, a blood lead test is required at 1 and 2 years of age and whenever risk of lead poisoning is likely. If the child has not been tested for lead, the day care provider may not exclude the child from child day care, but must give the parent information on lead poisoning and prevention, and refer the parent to their health care provider or the county health department for a lead blood screening test.

MUST USE THIS FORM

(Continued on reverse side)

(SEE REVERSE)

CHILD IN CARE MEDICAL STATEMENT (continued)

Health Specifics	Comments
Are there allergies? (Specify) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is medication regularly taken? (Specify drug and condition) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is a special diet required? (Specify diet and condition) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Are there any hearing, visual or dental conditions requiring special attention? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Are there any medical or developmental conditions requiring special attention? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Summary of Physical Exam

Include special recommendations to child day care providers

On the basis of my findings as indicated above and on my knowledge of the named child, I find that: he/she is free from contagious and communicable disease and is able to participate in child day care. Yes No

Signature of Examiner	Address
Please Print Name	City, State, Zip
Title	() Phone
	Date

Religious Exemptions

Public Health law Section 2164 allows a child to be religiously exempted from immunization. A written and signed statement from a parent, parents or guardian of the child stating that they object of the immunization of their child due to their sincere and genuine religious beliefs should be submitted to the day care owner, operator or administrator who shall determine whether the statement of religious belief is acceptable.