

Mountain View School District



**HEAD START  
STATE PRESCHOOL  
FULL DAY AND  
HOME BASE PROGRAMS  
2020-2021**



**Programs of  
Excellence**



**Main Office**  
2109 Burkett Road  
El Monte, CA 91732  
Telephone (626) 652-4250  
Fax (626) 552-4033  
**English / Spanish**

\*\*HANDBOOK AVAILABLE IN CHINESE, VIETNAMESE UPON REQUEST

## TABLE OF CONTENTS TABLA DE CONTENIDOS

|              |  |       |
|--------------|--|-------|
| <b>I.</b>    | <b>Program History / Vision &amp; Mission Statement</b><br>Historia del Programa/ Afirmación hacia la Visión y la Misión .....   | 1     |
| <b>II.</b>   | <b>Introductions of Staff &amp; Sites/Daily Schedule</b><br>Introducción del Personal y Escuelas/ Horario Diario.....  | 2     |
| <b>III.</b>  | <b>Open Door Policy/ Food Services/ Transportation/ Pedestrian Safety</b><br>Póliza de Puerta Abierta / Provisión de Comida/ Transportación/ Seguridad del Peatón.....   | 3     |
| <b>IV.</b>   | <b>Americans with Disabilities Act/ Admission / Ages of Children/ Enrollment/ Care &amp; Supervision</b><br>Acta de los Americanos con Incapacidades/ Admisión/ Edad de Niños/ Procedimiento de Matricula/<br>Cuidado y Supervisión..... | 4     |
| <b>V.</b>    | <b>Health Services/ Medication</b><br>Servicios de Salud/ Medicinas.....   | 5     |
| <b>VI.</b>   | <b>Emergencies/ Social Services/ Family Partnership Agreement</b><br>Emergencias/ Servicios Sociales/ Acuerdo de Sociedad Familiar .....   | 6     |
| <b>VII.</b>  | <b>Child Abuse/ Confidentiality/ Family Involvement</b><br>Abuso de Niños/ Confidencialidad/ Participación de la Familia.....  | 7     |
| <b>VIII.</b> | <b>Program Governance/ Mental Health/ Disabilities/ Discipline policy</b><br>Gobernanza/ Salud Mental y Desabilidades/ Póliza De Disciplina.....   | 8     |
| <b>IX.</b>   | <b>Developmental Screening/ Attendance and Punctuality/ Sign in- Sign out Sheet</b><br>Revisión de Desarrollo/Asistencia y Puntualidad/Firmar al Llegar y al Salir.....  | 9     |
| <b>X.</b>    | <b>Emergency Information/ Uniform Guidelines</b><br>Información de Emergencia/ Normas del Uniforme.....  | 10    |
| <b>XI.</b>   | <b>Celebrations/ Education Service Area/ Daily Schedule</b><br>Celebraciones/ Área de Servicios Educativos/ Horario Diario.....  | 11    |
| <b>XII.</b>  | <b>Home Visits and Conferences/ Transition/ Tooth Brushing/ Field Trips/ Parent Complaint Procedure</b><br>Visitas a Casa y Conferencias/ Transición/ Cepillos Dentales/ Paseos de Estudio/ Procedimiento de<br>Quejas.....              | 12    |
| <b>XIII.</b> | <b>Home Base Program</b><br>Programa Preescolar Basado en Casa.....  | 13-14 |
| <b>XIV.</b>  | <b>Parent Contract/ Statement of Understanding</b><br>Contrato de Padres/ Declaración de Entendimiento.....  | 15-16 |
| <b>XV.</b>   | <b>Board of Education</b><br>Consejo de Educación.....   | 17    |
| <b>XVI.</b>  | <b>Appendix and Forms</b><br>Formas y Apéndice.....  | 18    |



**Dear Preschool Parents,**

Welcome to the Mountain View School District Head Start/Early Head Start/State Preschool program. We are a federally and state funded preschool program serving preschool children and their families in the El Monte community. We are a Delegate Agency of the Los Angeles County Office of Education Head Start/Early Head Start/State Preschool Grantee. Nationally, Head Start has benefited over fourteen million children and their families since 1965.

**PROGRAM HISTORY**

The Head Start program began in 1965 as a summer program, which is currently operating in its 56th year. The Mountain View School District has been participating in the Head Start program since its inception in 1965, and district leadership continues to realize the importance of the program for the children and their families.

Recognizing that children’s futures depend on their social, emotional and physical well-being, the Head Start program works with parents and community to ensure that children receive the educational, social and health services needed to succeed both in their present environment and later in life.

**VISION STATEMENT**

The Mountain View Head Start/Early Head Start/State Preschool is improving and promoting the quality of life for our students, parents, community and staff with specific emphasis on their physical, social, emotional and academic development.

\*CPM Title 22 Section 101173 (b) (1)

**MISSION STATEMENT**

The Mountain View School District Head Start/Early Head Start/State Preschool program mission is to prepare children and parents to become school ready by acquiring long-lasting skills and knowledge that will provide them with the ability to become contributing and functioning members of society. We seek to enhance and contribute to the wellbeing of children, parents, families, and staff members of the El Monte community.

\*CPM Title 22 Section 101173 (b) (1)



**Estimados Padres,**

Bienvenidos a nuestro programa de Head Start del Distrito Escolar Mountain View. Somos un programa preescolar fundado con fondos federales y estatales que servimos a niños y sus familias en la comunidad de El Monte. Es una Agencia Delegada de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del concesionario de la Oficina de Educación del Condado de Los Ángeles. En toda la nación, Head Start ha beneficiado a más de catorce millones de niños y sus familias desde 1965.

## **HISTORIA DEL PROGRAMA**

El programa Head Start comenzó en 1965 como un programa de verano el cual actualmente está operando por 56 años. El Distrito Escolar Mountain View ha estado participando en el programa de Head Start desde su comienzo en 1965 y el liderazgo del distrito continúa dándose cuenta de la importancia del programa para los niños y sus familias.

Reconociendo que el futuro de los niños depende del bienestar social, emocional y físico, el programa Head Start trabaja con los padres y la comunidad para garantizar que los niños reciban los servicios educativos, sociales y de salud necesarios para que tengan éxito en su medio ambiente actual y más tarde en su vida.

## **AFIRMACIÓN DE VISIÓN**

El programa de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar de Mountain View está mejorando y promoviendo la calidad de vida para nuestros estudiantes, padres y empleados, con énfasis específico en el desarrollo físico, social, y emocional.

X CCR título 22 sección 101173 (b) (1)

## **AFIRMACIÓN DE MISIÓN**

El programa de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View es un programa que prepara a los niños y padres para que estén listos para la escuela con la habilidad adquirida y conocimiento, para contribuir y funcionar como miembros de la comunidad. Tenemos como objetivo mejorar y contribuir al bienestar de los niños, los padres, las familias, empleados de la comunidad de la ciudad de El Monte.

X CPM Título, 22 Sección 101173 (b) (1)





## INTRODUCING OUR STAFF

**Director:** Alma Gonzales

**Principal of Preschool Programs:** Dr. Aileen La Corte

**Manager of Preschool Programs:** Jennifer Camargo

**Secretary II:** Karolyn Berrocal      **Secretary I:** Carina Aragon

**Clerks:** Stella Garcia, Rocio Rodriguez, and Jacob Sanz

**Health Technician:** Claudia Salazar

**Social Service Facilitator:** Maria Rodriguez

**Family Service Workers:** Alicia Ortega, Betty Moreno, Maria Uribe, Paola Ron, Vanessa Gutierrez, Ageda Fonseca, Evelyn Ortega and Yuliana Diaz (Sub)

**EHS/HS/SP Governance and Family Involvement Specialists:** Veronica Scheithauer and Gloria Silva

**Site Supervisor / Teacher II Program Facilitator(s):** Samara Saenz, Claudia Casillas, Maria Frias



**Disabilities/Mental Health Teacher II:** Marina Chavez

**Education Facilitators/Teacher II:** Elisabet Macuil and Frances Aparicio

**Psychologist:** David Avalos

**Speech Pathologist:** Diana Ramirez

**Computer Technician:** Alicia Alvarez

**Consultants:**

**Nutritionist:** TBD

**Nurse Consultant:** TBD

## THE HEAD START SITES (AM, PM, FULL DAY & EHS)

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| BAKER I AM, I PM,          | 12043 EXLINE ST.     |
| COGSWELL I & II            | 11050 FINEVIEW ST.   |
| EARLY HEAD START 1, 2 & 3  | 12043 EXLINE ST.     |
| MAXSON AM, PM, SP          | 12380 FELIPE ST.     |
| MIRAMONTE AM & PM          | 10620 SCHMIDT RD.    |
| MONTE VISTA I              | 11111 THIENES AVE.   |
| EARLY HEAD START 4 & 5     | 11111 THIENES AVE.   |
| PARKVIEW I & II, HOME BASE | 12044 ELLIOTT ST.    |
| PAYNE I & II               | 2850 N. MT. VIEW RD. |

### FULL-DAY PROGRAMS

|                |                  |
|----------------|------------------|
| BAKER FD 3 & 4 | 12043 EXLINE ST  |
| MAXSON FD 1& 2 | 12380 FELIPE ST. |
| KRANZ FD & CC  | 2109 BURKETT RD. |

## PRESENTACIÓN DEL PERSONAL

**Directora:** Alma Gonzales

**Directora de Programas Preescolares:** Dr. Aileen LaCorte

**Gerente de Programas Preescolares:** Jennifer Camargo

**Secretaria II:** Karolyn Berrocal      **Secretaria I:** Carina Aragon

**Recepcionista:** Stella Garcia, Rocio Rodriguez y Jacob Sanz

**Técnico de Salud:** Claudia Salazar

**Facilitadora de Servicios Sociales:** Maria Rodriguez

**Trabajadoras de Servicios de Familia:** Alicia Ortega, Betty Moreno, Maria Uribe, Paola Ron, Ageda Fonseca, Vanessa Gutierrez, Evelyn Ortega y Yuliana Diaz (suplente)

**HS/EHS/SP Especialista en Gobernanza y Participación de Padres:** Gloria Silva y Veronica Scheithauer

**Facilitadora del Programa/Maestra II:** Samara Saenz, Claudia Casillas y Maria Frias

**Discapacidades y Salud Mental/Maestra II:** Marina Chávez

**Facilitadoras de Educación/Maestra II:** Elisabet Macuil y Frances Aparicio

**Psicólogo:** David Avalos

**Patóloga del Habla:** Diana Ramirez

**Técnico en Computación:** Alicia Alvarez

### Consultantes:

**Nutricionistas:** Sera Determinado

**Enfermera Consultora:** Sera Determinado

**Optometrista:** Sera Determinado



El personal de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View está aquí para darle cualquier información que usted pueda necesitar. Haremos todo el esfuerzo posible para ponerle en contacto con la persona indicada para ayudarle en lo que necesite.

## LOCALIDADES DE SALONES DE HEAD START (AM, PM, DIA COMPLETO Y EHS)

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Baker I AM, I PM,           | 12043 Exline St.     |
| Early Head Start 1, 2 & 3   | 12043 Exline St.     |
| Cogswell I & II             | 11050 Fineview St    |
| Maxson AM/PM                | 12380 Felipe St.     |
| Miramonte AM/PM             | 10620 Schmidt Rd.    |
| Monte Vista I & II          | 11111 Thienes Ave.   |
| Early Head Start 4 & 5      | 11111 Thienes Ave.   |
| Parkview I & II y Home Base | 12044 Elliott St.    |
| Payne I & II                | 2850 N. Mt. View Rd. |
| State Preschool AM/PM       | 2109 Burkett Rd.     |

### **Programa De Dia Completo**

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Baker FD 3 & 4  | 12043 Exline St. |
| Maxson FD 1 & 2 | 12380 Felipe St. |


## Horario Diario

### **Lunes-Viernes**

Todas las sesiones de la mañana son de  
8:00am- 11:30am

Todas las sesiones de la tarde de 12:00pm-3:30pm

Todas las sesiones del programa de día completo  
son de 8:00am-2:30pm

| <b>DAILY SCHEDULE</b>  |  |
|--|--|
| <b>Monday- Friday</b><br>ALL A.M. SESSIONS:                8:00-11:30 AM<br>ALL P.M. SESSIONS:                12:00PM-3:30 PM<br>FULL-DAY SESSIONS                8:00AM- 2:30 PM<br>CC (CHILDREN'S CENTER)        6:30AM-5:30PM |  <p>...a fun place to<br/>play and learn!</p> |
| <b>OPEN DOOR POLICY</b>  |  |

The Mountain View School District Head Start/Early Head Start/State Preschool Program maintains an open-door policy. We welcome and encourage parents to participate in the program through various ways, such as: field trips, special activities and project, helping in the classroom, volunteering, observing classrooms, taking projects home, sharing parent talents, and attend parent meetings. The program always refrains from religious instruction or worship.  
 CCR, Title 22 Section 10129 (a) (2)

### **FOOD SERVICE PROVISION**

The Mountain View School District provides breakfast, lunch and afternoon snack for each child enrolled in the program. Food is prepared at various centralized kitchens and transported appropriately to all Head Start sites. The district follows the guidelines according to the National School Lunch Food Program. If food is donated for special events, then they must be purchased at a store and served in original packaging for safety reasons. If parents decide to participate in potlucks, students are **NOT** permitted to eat from the potluck dishes.  
 Food Allergies/Special Diet: For students with food allergies/special diet, a medical statement/allergy action plan will be required to ensure child's nutrition accommodations are met based on MD order and before student can safely participate in the classroom.  
 CPM, Title 22, section 101218 (a) (7) and 101227

### **Transportation Arrangements**

All preschool students are within walking distance and bus transportation is not provided. **Parents must provide transportation to all school sites.**  
 CPM, Title 22, Section 101218 (a) (7), 1001225

### **PEDESTRIAN SAFETY EDUCATION**

The Mountain View Head Start provides training to parents on Pedestrian Safety awareness.

- The training on Pedestrian safety for parents is provided at the annual Parent Orientation in the fall of each new school year.
- A booklet is given to the parents so they may read to their children and also create a game using the street symbols.
- Any child that is enrolled after the start of the school year will be provided with training and a booklet at the time of their full enrollment, by Social Service staff members. (within the first 30 days of school)

## POLIZA DE PUERTA ABIERTA

El programa de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View mantiene una póliza de puerta abierta. Damos la bienvenida y animamos a los padres a participar en el programa a través de diversas formas, tales como: las excursiones, las actividades especiales, ofrecerse de voluntario, observando en el salón, completando proyectos en el hogar, compartiendo los talentos de los padres, y asistiendo a reuniones de padres.

CCR, Título 22, Sección 10129 (a) (2)

*El programa siempre se abstiene de cualquier instrucción y veneración religiosa.*

## PROVISIÓN DE SERVICIO DE COMIDA

El Distrito Escolar Mountain View proporciona desayuno y almuerzo o bocadillo para cada niño que esté inscrito en el programa. La comida se prepara en varias cocinas centralizadas y se transporta de manera adecuada a todos los sitios de Head Start. El distrito sigue las pautas y implementa las reglas según el Programa Nacional Escolar de Alimentos. Si comida es donada para eventos especiales, esta debe ser comprada y venir en su empaque original por razones de seguridad. Si los padres deciden participar en un convivio a los estudiantes **NO** se les permite comer comida del convivio.

**Alergias a Alimentos / Dieta Especial:** Para estudiantes con alergias a alimentos/dieta especial, se requerirá una declaración médica/plan de acción de alergia para asegurar que las acomodaciones nutricionales del niño se cumplan en base al pedido del doctor y antes de que el alumno pueda participar de manera segura en el salón.

CPM, Título 22, Sección 101218 (a) (7) y 101227.

## TRANSPORTACIÓN

Todos los estudiantes viven en los alrededores de cada escuela y no proveemos transportación de autobús. Los padres necesitan tener su propia transportación.

CPM, Título 22 Sección 101218 (a) (7)001225



## SEGURIDAD DEL PEATON

El departamento de Head Start del Distrito Escolar proporciona entrenamiento para padres sobre la seguridad del peatón.

- El entrenamiento sobre la seguridad del peatón para los padres es proveído en la orientación anual en el otoño de cada nuevo año escolar.
- Un libreto es dado a los padres para que ellos lean a sus niños y para que puedan crear un juego usando los símbolos peatonales.
- Cualquier niño que sea inscrito después del comienzo del año escolar será proveído con entrenamiento y el libreto al tiempo de completar la inscripción, por miembros del personal de servicios sociales. (Dentro de los primeros 30 días de clase)



## AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA)

*“No qualified individual with a disability shall, on the basis of a disability, be excluded from participation in or be denied the benefits of the services, programs, or activities of a public entity, or be subjected to discrimination by any public entity.”*

ADA Regulations for Title II Section 35.130(a)

## ADMISSION POLICES AND PROCEDURES

Only children whose legal residence is within the Mountain View School District attendance area may enroll. A child is no longer eligible for enrollment upon completion of age 4.9. No child shall, on the grounds of sex, religion, physical handicap, race, color or national origin will be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be otherwise subjected to discrimination under this program.

CPM, Title 22, Section 10129.1 (a) (2)

## AGES OF CHILDREN ACCEPTED FOR CARE

The Mountain View School District Head Start/Early Head Start/State Preschool Program serves students of ages 0 to 4. CPM, Title 22, Section 101218 (A) (2)

## ENROLLMENT PROCEDURE

The Head Start / State Preschool program follows both federal and state guidelines to determine eligibility. Foster children and families currently receiving CALWORKS / TANF, or SSI are encouraged to apply. Based on the McKinney Vento Homeless Education Assistance Act, your child has the right to be found "Eligible" for participation in Head Start Programs if family / children are defined as homeless. The Head Start program seeks out students with special needs.

## CARE & SUPERVISION

In order to sustain a safe environment for children, Mountain View School District Head Start / State Preschool staff will provide care and supervision for children at all times. Staff will provide and maintain a safe environment to prevent incidents that may lead to injury, harm, children leaving facilities unnoticed or a violation of a child's personal rights. Staff will facilitate, introduce and reinforce safety practices in their classrooms with students and parents.

### **Active and positive supervision involves:**

- a. Respecting and promoting the unique identity of each child.
- a. Following program and District confidentiality policies.
- a. Ensuring that no child is left alone or unsupervised while under our care.
- a. Using positive methods of child guidance to ensure that a child's personal rights are never violated.
- a. Knowing each child's ability.
- a. Establishing clear and simple safety rules.
- a. Being aware of potential safety hazards and reporting them to the office immediately.
- a. Standing in a strategic position.
- a. Scanning indoor and outdoor activities and moving around to monitor each and every student.
- a. Focusing on the positive rather than the negative to teach a child what is safe and appropriate.

## **ACTA DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA)**

*Ningún individuo calificado con una incapacidad, será excluido de participar, ni le serán negados los beneficios de los servicios, programas, o actividades de una entidad pública, o será sometido a discriminación por cualquier entidad pública. Regulación ADA por Título II, Sección 13.130(a)*

## **PROCEDIMIENTO Y PÓLIZA DE ADMISIÓN**

Solamente niños que radican dentro del área de asistencia del Distrito Escolar de Mountain View pueden ser inscritos. Un niño deja de ser elegible cuando cumple 4.9 de edad. Ningún niño será excluido de participar en el programa y de recibir beneficios ya sea por incapacidad física, raza, color, o lugar de origen.  
CPM Titulo22, Seccion10129.1 (a) (2)

## **EDADES DE LOS NIÑOS ACEPTADOS PARA EL CUIDADO**

El programa del distrito escolar Mountain View Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal sirve a niños de 0 a 4 años de edad. CPM, Titulo 22 Sección 101218 (a) (2)

## **PROCEDIMIENTO DE MATRÍCULA**

El programa Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal sigue las directrices federales y estatales para determinar la elegibilidad. A los hijos de crianza y las familias que actualmente reciben Cal Works/TANF o SSI se les anima a aplicar. Con base en la Ley McKinney-Vento de Asistencia Educativa para personas sin hogar, su hijo tiene derecho a ser elegible para participar en los programas de Head Start, si la familia/hijos se definen como personas sin hogar. El programa Head Start busca estudiantes con necesidades especiales.

## **CUIDADO Y SUPERVISIÓN**

Para poder mantener un ambiente seguro para los niños, el Programa de Head Start/Preescolar Estatal/Centro de Niños del Distrito Escolar Mountain View proveerá cuidado y supervisión de niños en todo momento. El personal proveerá y mantendrá un ambiente seguro para prevenir incidentes que puedan ocasionar daños y lesiones, niños saliendo del establecimiento desapercibido, o una violación de los derechos personales de los niños. El personal facilitara, introducirá y reforzara las practicas de seguridad en el salón con los estudiantes y padres.

### **Actividades y Supervisión positiva incluye:**

- a. Respetar y promover la identidad única de cada niño
- b. Proseguir los procedimientos confidenciales del programa y distrito
- c. Asegurar que ningún niño se deje solo o sin supervisión durante nuestro cuidado
- d. Usando metas positivas sobre las guías del niño asegurando que los derechos de los niños no se violen
- e. Conocer la habilidad de cada niño
- f. Establecer muy claro las reglas de seguridad
- g. Asegurarse de riegos de peligro y reportarlo a la oficina inmediatamente
- h. Ponerse en una posición estratégica
- i. Supervisar las actividades adentro y afuera y monitorear cada estudiante
- j. Enfoque en lo positivo y no lo negativo para educar a los niños lo que es la seguridad apropiada

## HEALTH SERVICES

The Head Start/State Preschool will pay the cost of the physical and dental exam for the Head Start child when the child is without medical insurance, or medical, and all possible resources have been exhausted. A dental and physical exam is required within **30 days** of the start of the program. California immunization law requires that prior to Head Start enrollment each child must have all necessary immunizations

**The physical examination should include:**

|   |  |
|---|--|
| <p>Contagious Disease: All child enrolled in the Head Start program must be clear of contagious disease. Upon check-in the child's temperature will be taken as part of the head to toe health checklist.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia screening or results (Hct / Hgb)</li> <li>• TB Risk Factor Checklist /TB skin testing as determined by TB risk factor checklist</li> <li>• Lead level screening(between 24 months &amp;72 months</li> <li>• Dyslipidemia screening</li> <li>• Hearing and Vision screenings</li> <li>• Oral Health / Dental check</li> </ul> <p><small>CPM, Title 22, Sections 101220,101218.1 (a) (4)</small></p> |
|---|--|

### IMMUNIZATIONS

**No shots! No school!** It is very important all children having their immunizations up to date **before** they begin school. If you are notified during the school year requiring additional medical immunizations for your child, please take care of it immediately.

CPM, Title 22, Section 101220.1

**All children must be kept at home when having the following health symptoms:**

1. Have fever of 100° F or higher taken under the arm or an oral temperature of 101° F and greater
1. Child is too weak or tired to take part in routine daily activities
1. Vomiting and /or diarrhea occurring at home
1. Excessive runny nose and eyes not easily cleaned away with tissue
1. Persistent cough / wheezing not resolved with medication
1. Jaundice (yellow skin or eyes)
1. Body rash with fever
1. Mouth sores with drooling/oozing
1. Contagious disease \*Doctor's note required
1. Conjunctivitis (pink eye) \*Doctor's note required
1. Open wounds
1. Lice & Nits \*School Health Staff Clearance required

### Routine Acute Illness / Readmission

The education staff or Head Start Health staff will readmit students to class for routine acute illnesses only when the child is **symptom FREE for 24 hours** and comfortable enough to participate in class. Routine acute illnesses usually last 1-3 days. If the child was absent for 3 consecutive days or more, due to illness, parent **MUST** submit physician's release note. If parent is unable to obtain a release note, please notify the Head Start Health Office.



## SERVICIOS DE SALUD

El programa de Head Start/Preescolar Estatal pagará por un examen físico y dental a los niños de Head Start cuando usted no tenga seguro médico o medí-cal y todos los recursos posibles han sido agotados.

Un examen dental y físico es requerido 30 días después de haber ingresado al programa. La ley de California dice que todas las vacunas que requieren los niños deben de ser puestas antes de inscribir al niño/a en el programa de Head Start.

### El examen físico debe de incluir:

Enfermedad contagiosa: todos los niños inscritos en el programa Head Start deben estar libres de enfermedad contagiosa. Al registrarse, la temperatura del niño se tomará como parte de la lista de control de salud de la cabeza a los pies.

- Detección de anemia o resultados (Hct/Hgb)
- Grado del nivel de plomo; (entre 24 meses y 72 meses)
- Factor de riesgo de TB /Prueba de Tuberculosis determinado por factor de riesgo
- Examen de audición y visión
- Salud Oral/ Examen dental
- Detección de dislipidemia

CPM, Título 22, Sección 101220,101218,101218.1 (a) (4)

### INMUNIZACIONES (VACUNAS)

¡No vacunas –No escuela! Somos muy estrictos cuando se trata de que los niños tengan todas las vacunas al corriente **antes** de entrar a la escuela. Si durante el año usted recibe una forma diciendo que su niño necesita vacunas adicionales, por favor tómese el tiempo para llevar a su niño a vacunar tan pronto lo sea posible.

CPM, Título 22, Secciones 101220,101218.1 (a) (4)

### Todos los niños tienen que quedarse en casa 24 horas, si tienen lo siguiente:

1. Tiene fiebre de 100 ° F o más de temperatura tomada debajo del brazo, o una temperatura oral de 101 ° F y mayor.
2. Niño está demasiado débil o cansado para tomar parte en las actividades cotidianas
3. Vómitos y / o diarrea que ocurren en el hogar
4. Mucosidad excesiva de nariz y ojos que no son fáciles de limpiar
5. Tos persistente / respiración con dificultad no resuelto con medicamentos
6. Ictericia (piel u ojos amarillos)
7. Cuerpo sarpullido con fiebre
8. Llagas en la boca con baba/rezumando
9. Enfermedad contagiosa \*Nota de medico requerida
10. Conjuntivitis (ojo rosado) \* Nota de medico requerida
11. Heridas abiertas
12. Piojos y liendres \* Nota del personal de salud escolar necesitada

### ENFERMEDAD AGUDA DE RUTINA / READMISIÓN

El personal de educación o personal de salud de Head Start readmitirá a los estudiantes a clase debido a enfermedades agudas solo cuando el niño esté **LIBRE de síntomas durante 24 horas** y lo suficientemente cómodo para participar en la clase. Las enfermedades agudas suelen durar 1-3 días. Si el niño estuvo ausente durante 3 días consecutivos o mas, debido a una enfermedad, los padres **deben** presentar una nota del médico. Si el padre no puede obtener una nota del médico, por favor notifique al departamento de salud de la oficina de Head Start.

## MEDICATION

A designated staff member will administer medications prescribed by a doctor when necessary. A written consent from the parent and the doctor is required indicating name of prescription, prescription number, doctor's name, time and dosage. Non-prescription medicine shall **not** be given to students. The Head Start Nurse Consultant performs trainings in administration and documentation of administered prescribed medication. Head Start Nurse Consultant or other designated personnel will assist student in taking their medication to enable pupil to remain in school, maintain or improve health status and to improve potential for education. All medication is recorded in a medical record book and when administered it is logged by designated staff members. If medication has been prescribed for school by medical provider, it must be in place prior to school entry or re-admit. CPM, Title 22 Section 101226 (e)

## EMERGENCIES

### Emergency Action Plan



A qualified staff member will assess a child who experiences a medical or dental emergency. Teachers are trained for medical emergencies and are Pediatric CPR / First Aid certified by the American Heart Association. The agencies Health Staff / Nurse Consultant will be notified for assistance to assess the situation and provide assistance as needed.

CPM, Title 22 Section 101221 (b) (8) and 101226 (a) (b) (c)

## SOCIAL SERVICES

The goal of Social Services Department in Head Start is to assist you in improving the quality of life for your preschool age child and your family. The staff supports and encourages families to identify and attain goals. Resources and referrals are provided when necessary for parent education training, vocational training, counseling services, food, clothing and housing assistance. The social services staff also works with community agencies to identify and advocate the needs of Head Start families. In order to meet these goals, social services performs three basic functions for the program:

1. Recruit and enroll eligible children and families most in need of Head Start services, including special needs students, foster families, and families experiencing homelessness.
1. Assist the family in the development of a Family Partnership Agreements that identifies family goals and strengths as well as services needed.
1. Provide appropriate resources and referrals to community agencies to solve problems and improve the quality of family life.

## FAMILY PARTNERSHIP AGREEMENT

The Family Partnership Process Form (FPP) is designed to strengthen communication between families and staff. The FPP form helps the Social Services staff identify family needs and strengths, in order to effectively provide community resources to overcome hardships and to support with reaching family goals. All information obtained from the FPP form is confidential and remains in the Head Start family file. Information is not shared with any other agency and it is not used to determine resident status.

## MEDICAMENTOS

Un miembro designado del personal dará la medicina recetada por un doctor cuando sea necesario. Se requiere un consentimiento por escrito de los padres y el médico que indique el nombre y número de la receta, nombre del médico, el horario de administración y la dosis. No se administrará a los estudiantes medicamentos sin receta. El consultor de enfermería de Head Start realiza capacitaciones en administración y documentación de los medicamentos recetados administrados. El consultor de enfermería de Head Start u otro personal designado ayudará al estudiante a tomar sus medicamentos para permitir que el estudiante permanezca en la escuela, mantenga o mejore su estado de salud y mejore el potencial de educación. Todos los medicamentos se registran en un libro de registro médico y cuando se administran, los miembros del personal designado registran esta información también. Si el proveedor médico ha recetado un medicamento para la escuela, este debe estar en el sitio escolar del estudiante antes de que ingrese a la escuela o readmitir. CPM, Título 22 Sección 101226 (e)

## EMERGENCIAS

### Emergency Action Plan



Si un estudiante sufre una emergencia dental o medica un miembro del personal capacitado lo evaluara. Todas las maestras están entrenadas para emergencias y tienen su certificado Pediátrico en primeros auxilios de la Asociación Americana Del Corazón. Se le notificara de inmediato a la enfermera consultora de la agencia o sus asistentes de la situación y se proporcionar asistencia cuando sea necesario.

CPM, Título 22, Sección 101221 (b) (8) y 101226 (a) (b) (c)

## SERVICIOS SOCIALES

La meta del departamento de servicios sociales de Head Start es de asistir a usted y a su familia para mejorar la calidad de vida para los niños en edad escolar y sus familias. El personal apoya y anima a las familias para que identifiquen y alcancen sus metas. Recursos y referencias de educación para los padres son disponibles para entrenamiento vocacional, servicio de consejería, y ayuda con alimentos, ropa o vivienda. El personal de servicios sociales también trabaja con agencias comunitarias para identificar y abogar por las necesidades de las familias de Head Start. Para poder cumplir estas metas, los servicios sociales llevan a cabo tres funciones básicas para el programa:

1. Reclutar y matricular niños y familias con necesidad de los servicios de Head Start incluyendo estudiantes con necesidades especiales, familias de crianza y familias sin hogar.
2. Ayudar a la familia en desarrollar un Acuerdo de Sociedad Familiar que identifique las metas y potencial familiar como también los servicios necesitados.
3. Facilitar recursos apropiados y recomendaciones a las agencias comunitarias para resolver los problemas y mejorar la calidad de vida familiar.

## ACUERDO DE SOCIEDAD FAMILIAR

El Formulario de Proceso de Asociación Familiar (FPP) está diseñado para fortalecer la comunicación entre las familias y el personal. El formulario de FPP ayuda al personal de Servicios Sociales a identificar las necesidades y fortalezas de la familia, a fin de proporcionar efectivamente recursos de la comunidad para superar las dificultades y apoyar el logro de los objetivos familiares. Toda la información obtenida del formulario FPP es confidencial y permanece en el archivo familiar de Head Start. La información no se comparte con ninguna otra agencia y no se utiliza para determinar el estado de residente.

If you should need information about the resources within the community, for example health services, welfare information, educational classes, job training or any other type of information you need to call (626) 652-4250 and ask for a Social Service staff member.

## CHILD ABUSE

Under state law, all childcare members are mandated reporters and must report suspected child abuse or neglect in writing. If a staff member notices broken bones, cuts, burns, swollen areas or bruises, or if the child seems unusually uncomfortable walking or sitting, we will report it to Child Protective Services.

## CONFIDENTIALITY

All the information that is given to the Head Start / State Preschool staff is kept confidential at all times. Administration welcomes parent visits to discuss confidential matters of any kind. A parent may request in writing any confidential information to be released.

## FAMILY INVOLVEMENT

Family Involvement is a service area dedicated to helping you enhance your role as an involved parent. Our goal is to help all parents become advocates for their children and family members.

### Classroom Involvement

You are your child's first and most important teacher. One of the greatest gifts you can give your son or daughter is to be involved with his / her academic development.

Here are some ways you can help your child within the Head Start program:



1. Help teachers with the planning of classroom activities
2. Participate in parent committees
3. Work with your child at home or in the classroom
4. Attend parent meetings, training and workshops

Each parent / guardian must have and submit current TB clearance, proof of measles (MMR) and pertussis (Tdap) immunizations, and clear of infectious disease to volunteer in the classroom. Influenza immunization is encouraged but not mandatory. Parents/Volunteers may sign a waiver to opt out of influenza immunization. TB clearance is mandatory to attend field trips, and participate in any activity with children.

**All parent volunteers that accumulate 200 hours, 400 hours or more by the month of May will be honored at a special "End of the Year Volunteer Recognition".**

Si usted necesita información acerca de los recursos dentro de la comunidad, por ejemplo servicios de salud, información de ayuda del gobierno, clases educativas, trabajos, o entrenamiento para trabajo o cualquier otro tipo de información, por favor de llamar al (626) 652-4250 y pregunte por un miembro del departamento de Servicio Social.

## ABUSO DE NIÑOS

Bajo La ley del estado, todo el personal es un reportero obligatorio y deben reportar por escrito cualquier sospecha de abuso o negligencia. Si un miembro del personal nota algo como: huesos rotos, cortadas, quemaduras, áreas hinchadas o con moretones, o si el niño se ve inusualmente incomodo al caminar o al sentarse, se informara al departamento de Servicios de Protección de Niños.

## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que sea dada al personal del Head Start se guarda confidencialmente todo el tiempo. La Administración da la bienvenida a las visitas de los padres para discutir asuntos de carácter confidencial de cualquier tipo. Un padre puede autorizar por escrito que la información confidencial sea dada a otra persona.

## PARTICIPACIÓN DE PADRES

El área de participación familiar es un área de servicio dedicada a ayudarlo a mejorar su papel como padre involucrado. Nuestro objetivo es ayudar a todos los padres a abogar por sus hijos y familiares.

### PARTICIPACION EN EL SALON DE CLASE

Usted es el primero y más importante maestro de su hijo. Una de los más grandes regalos que le puede dar a su hijo o hija es de estar involucrado en su desarrollo académico.

Aquí hay algunas maneras en lo cual puede ayudar a su hijo mientras ayuda que el programa cumpla con algunas de sus necesidades:



- Ayude a los maestros con la planeación de las actividades del salón.
- Participe en el comité de padres.
- Trabaje con su hijo en casa o en el salón.
- Asista a entrenamientos y talleres para padres.

Cada padre / tutor debe tener y presentar prueba actual de tuberculosis, prueba de inmunización contra el sarampión (MMR), tos ferina (Tdap) y libre de enfermedades infecciosas para ser voluntario en el salón. Se recomienda la inmunización contra la influenza, pero no es obligatorio. Los padres/voluntarios pueden firmar una exención para optar por no recibir la vacuna contra la influenza. La autorización de TB es obligatoria para asistir a excursiones y participar en cualquier actividad con los niños.

## PROGRAM GOVERNANCE

### Parent Committee

At the beginning of the school year, an organizational meeting will be held at each class. Class elections will be held for the positions of Chairperson, Vice-Chairperson, Secretary, and two Policy Committee Representatives. Monthly meetings will be held in each classroom for the purpose of establishing communication between parents, staff and the governing school board members.

### Policy Committee

The Policy Committee is comprised of parents and community representatives who work with the Head Start Director, governing School Board members and staff to plan and makes decisions for the Head Start program. Together, they work on areas such as: quality improvement, personnel issues, expansion, and Head Start budgets. Elections are held for the office of Chairperson, Vice-Chairperson, Secretary and three representatives to the Policy Council who meet once a month at the Grantee offices.

### Collection of Money

The program is paid entirely by federal and state funds. Collection of any money is **NOT PERMITTED. WE DO NOT ENDORSE THE SELLING OF ANY CATALOG ITEMS IN OUR PREMISES.**

## MENTAL HEALTH / DISABILITIES

Head Start recognizes the importance of providing mental health and psychological services for children that may need the services. A mental health professional is available to parents and family for students that may have a social emotional need or possible need for Special Ed services.

The sole purpose is to provide mental health services to promote a sense of social emotional well-being in children and their parents. This is done through early identification and behavior intervention that promotes a child's cognitive and emotional development. Mental Health resources are available to all Head Start families such as:

- \* Crisis Intervention
- \* Parent support groups
- \* Resource and referral information public and / or private
- \* Mental Health centers in the local community
- \* A mental health counselor is available upon request

### Children with Special Needs

The Head Start program provides services for children who have speech, hearing, physical disabilities or any other type of disabilities. The child is screened and referred for consultation to determine if the child may need further evaluation for special education services.

## DISCIPLINE POLICY

The Head Start / State Preschool maintains a structured discipline plan that requires all students be accountable for their actions. Every classroom has a discipline system displayed and enforced. The Head Start students are redirected using 3 different types of interventions. **No corporal punishment/ violation of personal rights are used.**

**CPM, Title 22, Section 101223.2**

## DEVELOPMENTAL SCREENING

Throughout the year, the students will be assessed using the Desired Results Developmental Profile-Preschool (DRDP-2015) instrument. Students will be assessed three times per year by observations documented in the

Si usted como voluntario acumula 200 horas, 400 horas o más para el mes de mayo, usted será elegible para participar en el “Reconocimiento en Honor a los Voluntarios”.-- Plan sujeto a cambios en caso de emergencia / declaración de pandemia que conduzca al cierre de la escuela.

## GOBERNANZA

### Comité de Padres

Al comienzo del año escolar una junta de organización se llevará a cabo en cada salón. Allí se llevarán a cabo elecciones para Presidente/a, Visé-Presidente/a, Secretario/a y Representantes al Comité Político. Cada mes habrá una junta en cada salón con el propósito de mantener comunicación entre los padres, el personal y el consejo directivo del distrito escolar.

### Comité Político

El Comité Político es compuesto por padres y representantes de la comunidad quien trabaja con el/la director/a, el personal y el consejo directivo en planear y tomar decisiones del programa. Trabajan juntos en áreas como: mejoramiento de calidad, asistir con el proceso de entrevistas para posiciones vacantes, expansión y presupuesto. El Comité Político elige a oficiales: presidente/a, visé-presidente/a, secretario/a y tres representantes para el Concilio Político que se reúne una vez al mes en las oficinas del Condado de Educación

### Colección de Dinero

El programa esta pagado por completo con fondos federales y estatales. **NO SE PERMITE** ninguna colección de dinero. **NO APOYAMOS LA VENTA DE ARTÍCULOS DE CATÁLOGO EN NUESTRAS INSTALACIONES.**

## SALUD MENTAL/ DISCAPACIDADES

Head Start reconoce la importancia de proporcionar servicios de salud mental y servicios psicológicos a los niños para los niños que puedan necesitar los servicios. Un profesional de salud mental está disponible para padres y familia de los estudiantes que puedan tener una necesidad social emocional o una posible necesidad de servicios de educación especial.

Nuestro propósito de facilitar estos servicios en salud mental es para promover un sentimiento de bienestar en los niños y sus padres. Esto se hace mediante la identificación temprana y la intervención conductual que puede interferir con el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Los servicios de Salud Mental están disponibles a las familias de Head Start a través de:

- Intervención en Crisis
- Grupos de apoyo para padres
- Recursos e información y recomendación a los centros de salud público y/o privado en la comunidad
- Un consejero de salud mental está disponible si usted lo requiere.

### Niños con Incapacidades y Necesidades Especiales

El programa Head Start propociona servicios para niños con discapacidades del habla, audición y físicas o cualquier otro tipo de discapacidad. El niño es examinado y remitido para consulta para determinar si el niño puede necesitar una evaluación adicional para los servicios de educación especial.





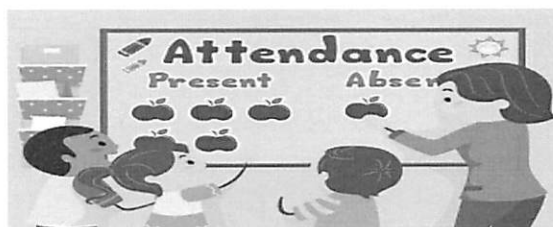
classroom based on the federal and state preschool learning indicators. In addition, developmental screenings are taken during the first 45 days of school using the “Ages & Stages” instrument. Parents will receive a developmental profile **report card** summarizing skills and abilities your child has mastered three times a year.

## ATTENDANCE AND PUNCTUALITY

It is very important that your child attends school every day, arrives on time and is picked up on time. Head Start Teachers work to build a strong foundation for your child’s educational future. Good school attendance is necessary to condition and teach your child that every school day is a day of learning. A child who attends school every day is much happier because he/she doesn’t fall behind in learning. The child’s confidence and self-esteem will also improve and the child will become more successful in school. Punctuality is also important. As a child’s parent, it is **your responsibility** to get your child to **school on time** and **pick them up on time**. If you are late 10 minutes your child is considered a late pick up at 11:40 am or 3:40 pm for the part-day classes, or 2:40 pm for the full-day classes. If you have late pick up referrals, then you must speak to one of the Social Service Team members, or if you continue to have late arrivals or late pick ups, a parent conference with the Administration is required. If we can’t make contact with people on your emergency card, then the local authorities or **El Monte Police Department** will be called to release your child, and the Department of Social Services will be notified. All absences need to be accounted for, verified by an absence slip. Parents may request a leave of absence from the program for no more than **(10)** days(best interest days.)

### ABSENCES

If your child is ill please call the Head Start office to let us know the reason for your child’s absence at 626-652-4250.



## SIGN IN-SIGN OUT SHEET

You will bring your child to school each day and sign-in by writing your name on the attendance form. When you pick up your child, then you are required to come into the classroom to sign out on the attendance form. If someone other than parent picks up child they must be **18 years or older and stated on the emergency card**. CPM Title 22, Section 101226.1 (b) and 10229.1



## EMERGENCY INFORMATION

If you should move, or change your home telephone number or emergency numbers, please come to the Head Start office and report it immediately. **All changes must be done in person**. At all sites, we have

## PÓLIZA DE DISCIPLINA

El programa de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal mantiene un plan de disciplina estructurado que requiere que todos los estudiantes sean responsables de sus acciones. Cada salón tiene un sistema de disciplina desplegado y puesto en vigor. Los estudiantes de Head Start son redirigidos utilizando 3 tipos diferentes de intervenciones. **No se utilizan castigos corporales / violación de los derechos personales.** CCR, Título 22, Sección 101223,2

## EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

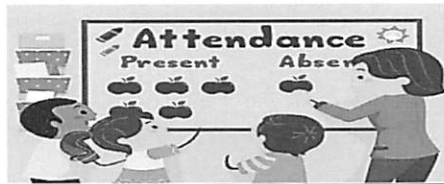
Durante todo el año, los estudiantes serán evaluados usando el instrumento “Resultados Deseados en el Desarrollo de Perfil Preescolar” (DRDP-2015). Los estudiantes serán evaluados tres veces al año con las observaciones documentadas en la clase usando indicadores preescolares y estatales. También se usará el instrumento “Edades & Fases” durante los primeros 45 días de escuela como una Revisión de Desarrollo. Tres veces durante el año escolar usted recibirá un documento con resultados del desarrollo y habilidades que su niño/a logro cumplir.

## ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

Es muy importante que su hijo asista a la escuela todos los días, llegue a tiempo y sea recogido a tiempo. Los maestros de Head Start trabajan para construir una base fuerte para el futuro educativo de su hijo. La buena asistencia escolar es necesaria para acondicionar y enseñar a su hijo que cada día escolar es un día de aprendizaje. Un niño que asiste a la escuela todos los días es un niño más feliz porque no se atrasa en sus estudios. La seguridad y autoestima del niño también mejoran y llegará a tener más éxito en la escuela. La puntualidad también es importante. Como padre del niño, **su responsabilidad** es que llegue a la escuela **a tiempo** y lo recoja **a tiempo**. Si se recoge a el/la niño/a más de 10 minutos tarde es considerado un recogimiento tardío a las 11:40 o 3:40 para programas de medio día o 2:40 para programas de día completo. Si usted tiene recogimientos tardíos usted debe de hablar con un técnico de servicios sociales. Si usted continúa teniendo recogimientos tardíos se requerirá una conferencia con la Administración. Si no podemos hacer contacto con la gente en su tarjeta de emergencia, las autoridades locales o **el Departamento de Policía de El Monte** serán llamados para recoger a su hijo, y el Departamento de Servicio Social será notificado. Todas las faltas de asistencia necesitan ser contadas y verificadas por un papel de ausencia. Los padres pueden solicitar un permiso para sacar al niño del programa por no más de (10) días (días de mejor interés).

### **Faltas de Asistencia**

Si su hijo está enfermo, por favor de llamar a la oficina de Head Start al **(626)652-4250**, y darnos el motivo por el cual su niño está ausente.



## PROCEDIMIENTO DE REGISTRO AL LLEGAR Y AL SALIR

Usted traerá a su hijo a la escuela todos los días y se registrará escribiendo su nombre en el formulario de asistencia. Cuando recoja a su hijo, debe ingresar al salón para firmar el formulario de asistencia. **Si alguien que no sea el padre o la madre recoge a su hijo, debe tener 18 años o más y debe figurar en la tarjeta de emergencia.** CCR, Título 22, Sección 101226.1 (b) y 102291



an emergency disaster plan and we require current telephone numbers. In addition, all sites practice monthly disaster drill.

**Must be kept up to date!** LIC 6-10



## UNIFORM GUIDELINES

The Mountain View School District Head Start / State Preschool, follows a mandatory uniform policy plan. We expect all students to follow this policy. We feel this policy promotes a positive school climate as well as improve academic focus. All clothing must be neat, clean and in good shape. Student uniform assistance is provided at the parent request, for those who need assistances.

### Pants / Shorts

**Colors:** Navy Blue or Tan (no midnight blue; solid colors only; no see-through fabric, no mesh).

**Style:** Fitted at waist or drawstring. Sweats are acceptable, but must be navy blue.

**Note:** Pants must fit at the waist and not be more than one size too large or one size too small. **NO OVERSIZED PANTS.** Belt buckles with initials are not allowed. Walking shorts will not be shorter than mid-thigh, and no longer than the top of the knee. No cut seams, frayed or fringed hems. Fabric should be twill or cotton blend, or corduroy for pants or shorts. **NO JEANS!**

**Note:** Skirts / jumpers must be worn with an appropriate uniform shirt, blouse or sweater. Leggings, shorts, or tights are acceptable in uniform colors. Worn under shirts, jumpers or skorts (culottes). Length of skirt must be modest.

### Shirts / Blouses

**Colors:** White or Light Blue or Navy (solid colors only).

**Style:** Collared shirts, such as polo, oxford, turtleneck or mock turtleneck ( T-Shirts, scoop collared, partially collared, sleeveless shirts, midriff, or modified clothes with colored trim will **NOT** be allowed).

**Note:** Shirts and blouses must be tucked in. **NO** flannel or patterned shirts may be worn over or under the uniform. Spirit shirts from school may be worn on designated days.

### Shoes / Shoe Laces / Socks

Athletic or regular shoes only. **No open-toed shoes** allowed. Shoes must be in good condition. Socks must be worn at all times. Shoe laces and socks must coordinate with uniform colors.

**Note:** If wearing shorts, socks must be pushed down to the ankle.

### Outerwear

**Colors:** **SOLID COLORS ONLY-**

**Style:** Jackets, sweatshirts, sweaters or vests. No logos, no pictures, graphics, writing, or company symbols.

Names may be sewn on the outside, script, and regular print. **NO OLD ENGLISH** lettering. Spirit outerwear purchased from the site will be allowed.

**Hats** (Allowed only when outside of school building) **Colors: NAVY BLUE ONLY**

**Style:** Full brimmed to provide sun protection (**NO logos, wording, pictures, graphics, or symbols**). **All clothing must be neat, clean, and in good condition.**

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Si usted se cambia de casa, cambia su número de teléfono o números de emergencia, por favor vaya a la oficina de Head Start e informe inmediatamente. Todos los cambios deben hacerse en persona. Todos los salones tienen un plan para desastres y emergencias y se necesita tener números de teléfono actualizados. Todos los salones tienen simulacros mensuales de desastres.

**Debe de Mantenerse al Día!** LIC 6-10



## NORMAS DEL UNIFORME

El Programa Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View tiene una norma de uniforme obligatorio. Esperamos que todos los estudiantes sigan esta norma. Sentimos que esta norma promueve un ambiente escolar positivo como también el mejoramiento del enfoque académico, por favor de mandar a los niños con uniforme limpio. Padres necesitados de uniformes, pueden pedir una aplicación para asistencia de uniformes.

### Pantalones/ Shorts

- Colores: **Azul Marino o Beige (caqui)** (solo colores sólidos)
- Estilo: Deben quedar bien en la cintura. Los pantalones tipo sudadera son aceptables, pero deben ser azul marino.
- Nota: Los pantalones deben quedar bien en la cintura y no se permiten si son más de una talla más grande o una talla más chica de la medida. **NO SE PERMITEN LOS PANTALONES DEMASIADO GRANDES.** No se permiten hebillas con iniciales. Los shorts deben quedar a entre la mitad de muslo y arriba de la rodilla. El dobladillo no debe estar cortado o deshilachado. La tela debe ser con mezcla de algodón o pana para los pantalones o shorts. **NO SE PERMITEN LOS PATALONES DE MEZCLILLA.**
- Nota: Las faldas/ jumpers deben usarse con la blusa apropiada del uniforme, o suéter. Los shorts o leotardos son aceptables en los colores del uniforme, debajo de las faldas, jumpers o falda pantalón. El largo de la falda debe ser moderado.

### Camisas/ Blusas

- Colores: **Blanca, Azul Claro o Azul Marino** (solo colores sólidos)
- Estilo: Camisas con cuello, como polo, Oxford, cuello de tortuga o mock (NO se permiten camisetas, escotes, cuello parcial, camisas sin mangas, mostrando el torso o prendas modificadas con orillas de colores).
- Nota: Las camisas y blusas deben fajarse dentro del pantalón o falda. **NO** se deben usar camisas de franela o a cuadros encima o debajo del uniforme. Las camisetas de la escuela deben usarse solamente en los días asignados.

### Zapatos, Agujetas y Calcetines

- Se permiten zapatos atléticos o regulares. **NO** se permiten zapatos destapados de la punta. Los zapatos deben estar en buena condición. Se deben usar calcetines todo el tiempo. Las agujetas y calcetines deben coordinar con los colores del uniforme.
- Nota: Si usan shorts, los calcetines deben estar al tobillo.

### Chamarras

- Colores: **Azul Marino** Únicamente
- Estilo: Chamarra, sudadera, suéter o chaleco. **NO EMBLEMAS.** (NO fotos, dibujos, escritura o símbolos de compañías).

## CELEBRATIONS

### YEAR-END CELEBRATION

We do not celebrate “Graduation” from Head Start / State preschool. The district reserves this special ceremony at the end of high school when young people can understand and appreciate the significance of their accomplishments. At the end of our program year, we plan special activities that children, parents and staff can enjoy together.

(Reference Los Angeles County Office of Education Education Services GIM/Manual)

### BIRTHDAYS/HOLIDAYS

Birthdays are special occasions so we ask you to celebrate at home. We ask that parents **do not** bring cake or other food for birthday celebrations. We do not celebrate birthdays in the Head Start program. The Federal

### Curriculum

Government requires that we not celebrate holidays in the Head Start program.

## EDUCATION SERVICE AREA

The Mountain View Head Start/State Preschool follows the Creative Curriculum. SEAL strategies and Second Steps Curriculum may also be used. The Creative Curriculum seeks to help children succeed by teaching them to be creative, confident thinkers. The Creative Curriculum provides the opportunity for hands-on exploration and discovery that helps children build lifelong critical thinking skills and fosters confidence. Creative Curriculum focuses on studies that feature firsthand exploration of topics that are of interest to children and relevant to their everyday experiences. The study approach helps children to gain a deeper understanding of the topic and also helps develop skills across all domains as they apply the investigative process. During the year parents will be given the opportunity to learn more about school readiness, so they can work more effectively with their child in the classroom and at home.

## DISTANCE AND VIRTUAL LEARNING ADDENDUM

The Los Angeles County Education Head Start Division philosophy of distance and virtual learning includes three key elements: 1) Strengthening the home-school connection, 2) embracing parents and families as lifelong educators and 3) respecting parents’ role as the child’s first teachers. Distant learning provides individualized education and service to child and families.

## DAILY SCHEDULE

The staff arranges the room and activities, so children will have a variety of planned experiences at different times of the day that fit their age and ability. Children will learn and succeed in the things they try when they receive lots of praise, feel good about themselves, and are ready to try new and more difficult tasks

| Daily Routine AM Class |                                 | Daily Routine PM Class |                                 | Daily Routine Full Day Class |                                |
|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 8:00-8:45              | Greeting & Breakfast            | 12:00-12:45            | Greeting & Lunch                | 8:00-8:45                    | Greeting & Breakfast           |
| 8:45-9:15              | Outdoor Time                    | 12:45-1:15             | Outdoor Time                    | 9:15-9:45                    | Outdoor Time                   |
| 9:15-9:45              | Large Group, Music & Read-Aloud | 1:15-1:45              | Large Group, Music & Read-Aloud | 8:55-9:15                    | Large Group                    |
| 9:45-10:45             | Free Choice Time & Small Group  | 1:45-2:45              | Free Choice Time & Small Group  | 9:45-10:35                   | Free Choice Time & Small Group |
| 10:55-11:25            | Lunch                           | 2:55-3:25              | Snack                           | 10:45-11:45                  | Lunch/Nap time                 |
| 11:25-11:30            | Dismissal                       | 3:25-3:30              | Dismissal                       | 2:25-2:30                    | Dismissal                      |

Los nombres se pueden bordar por fuera en letra de molde regular. NO SE PERMITEN LETRAS DE TIPO INGLES ANTIGUO. Se permiten las chamarras que se compran en la escuela.

### **Cachuchas**

Colores: **Azul Marino** Únicamente

Estilo: Con visera para protección solar (NO emblemas, escritura, dibujos, símbolos de compañías)

**Todas las prendas deben estar bien arregladas, limpias y en buena condición.**

## **CELEBRACIONES**

### **CELEBRACIONES DE FIN DE AÑO**

**No** celebramos “Graduaciones” en el programa de Head Start/Early Head Start/Preescolar Estatal. El distrito reserva esta ceremonia especial hasta el final de la secundaria cuando los jóvenes puedan entender y apreciar el significado de sus logros. Al final de nuestro programa anual, planearemos algo especial que los niños, padres y personal puedan disfrutar juntos.

(Por favor refiérase a el GIM / Manual de Servicios Educativos de la Oficina de Educación del Condado de Los Angeles)

### **CELEBRACIONES DE CUMPLEAÑOS/DIAS FESTIVOS**

Los cumpleaños son celebraciones especiales, así que les pedimos que los celebren en casa. Les pedimos a los padres que por favor **no traigan pastel u otra comida para celebrar**. No se celebran cumpleaños en el programa. Las maestras planearan actividades para ocasiones especiales que honran a todos los niños. El gobierno federal requiere que **no** se celebren días festivos en el programa de Head Start.

## **ÁREA DE SERVICIOS EDUCATIVOS**

### **Plan de Estudios (Currículo)**

El programa Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View sigue un programa de Currículo Creativo. Estrategias SEAL y Segundos Pasos también son utilizados. El Currículo Creativo busca ayudar a los niños a tener éxito, enseñándoles a ser pensadores creativos y confiados. El Currículo Creativo ofrece la oportunidad para la exploración y el descubrimiento que ayuda a los niños a desarrollar habilidades de pensamiento crítico para toda la vida y fomenta confianza. El Currículo Creativo se centra en los estudios que incluyen la exploración de primera mano de temas que son de interés para los niños y relacionados con sus experiencias cotidianas. El enfoque del estudio ayuda a los niños a tener una mejor comprensión del tema y también ayuda a desarrollar habilidades en todos los dominios que se aplican al proceso de investigación. Durante el año los padres tendrán la oportunidad de aprender más sobre el preparamiento escolar para que puedan trabajar más efectivamente con los niños en la clase y en su casa.

## **ANEXO DE APRENDIZAJE VIRTUAL Y A DISTANCIA**

La filosofía de la División Head Start de Educación del Condado de Los Ángeles del aprendizaje a distancia y virtual incluye tres elementos clave: 1) Fortalecer la conexión entre el hogar y la escuela, 2) acogiendo a los padres y las familias como educadores de por vida y 3) respetar el papel de los padres como los primeros maestros del niño. El aprendizaje a distancia proporciona educación y servicio individualizado a niños y familias.

## **HORARIO DIARIO**

El personal arregla el salón y actividades para que los niños tengan una variedad de experiencias cuidadosamente planeadas que se acomoden a su edad y aptitud. Queremos que los niños tengan éxito en las cosas que intentan, por eso reciben mucho encomio, para que se sientan bien de sí mismos y estén listos para tratar nuevas y más difíciles tareas el día de mañana.



## HOME VISITS AND CONFERENCES

Teachers are required to make **two** home visits and **two** conferences within the work week Monday-Friday during the year. The teacher will share observations about your child, and request more information about your child's habits, likes, dislikes and special needs at the time of the conference.

## TRANSITION

Specific transition activities will be planned and implemented throughout the school year. For example, children will visit the cafeteria within the last two weeks of school. They will also have the opportunity to visit the kindergarten classroom. These along with other activities help to make transition to kindergarten a positive experience for your child.

## TOOTH BRUSHING

All students will brush their teeth each day by using a small dot of toothpaste to receive a fluoride treatment. Parent's permission must be given for children to receive fluoride application.

## STUDY TRIPS AND FIELD TRIPS

Mountain View School District Head Start / State Preschool provides one study trip, **optional (booked based on teacher discretion)**, for all preschool students. Students are transported by the MVSD Transportation Department to various educational locations to learn about nature, community service and curriculum topics. All field trips are chaperoned by staff members and parents. Trips are optional based on teacher's recommendation. CPM, Title 22 Section 101218 (A) (7), 101225

## PARENT / COMMUNITY COMPLAINT PROCEDURE

### RESOLUTION OF CONCERNS / COMPLAINTS

The Mountain View School District Head Start/State Preschool staff will be available to provide support and assistance to any parent or community resident who has a complaint, problem or concern regarding the Mountain View Head Start / State Preschool program.

Parent or community residents with complaints, problems or concerns with the program are encouraged to speak with the child's teacher first, then a Family Involvement Specialist at (626) 652-4253 or 626-652-4252 (*A Parent Site Concern Form will be filled out*).

If the issue has not been resolved, the next step is to speak with the program's Administration. The Administrator will make recommendations for resolution of the concern or complaint. If the issue cannot be resolved during this meeting, a written recommendation will be provided within ten (10) days of the meeting. Written complaints from parents or community residents will also receive a response within ten (10) days.

*If the complainant is still dissatisfied or has not received a response after 10 days, the complainant may follow the Mountain View School District's Uniform Complaint Procedure.*

### Head Start Program Options

The agency retains the right to place families into a proper program option, Center Based, Full Day 6 ½ hours, Half Day 3 ½ hours, or Home Base Head Start programs based on eligibility and family need.



**Rutina Diaria Clase AM****Rutina Diaria Clase PM****Rutina Diaria Clase de Dia Completo**

|             |                                     |             |                                     |             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| 8:00-8:45   | Bienvenida y Desayuno               | 12:00-12:45 | Bienvenida y Almuerzo               | 8:00-8:45   | Bienvenida y Desayuno               |
| 8:45-9:15   | Tiempo Al Aire Libre                | 12:45-1:15  | Tiempo Al Aire Libre                | 9:15-9:45   | Tiempo Al Aire Libre                |
| 9:15-9:45   | Grupo Grande, Musica y Lectura      | 1:15-1:45   | Grupo Grande, Musica y Lectura      | 8:55-9:15   | Grupo Grande                        |
| 9:45-10:45  | Tiempo de Escoger y Grupos Pequeños | 1:45-2:45   | Tiempo de Escoger y Grupos Pequeños | 9:45-10:35  | Tiempo de Escoger y Grupos Pequeños |
| 10:55-11:25 | Almuerzo                            | 2:55-3:25   | Bocadillo                           | 10:45-11:45 | Almuerzo/Hora de la Siesta          |
| 11:25-11:30 | Despedida                           | 3:25-3:30   | Despedida                           | 2:25-2:30   | Despedida                           |

**VISITAS A CASA Y CONFERENCIAS**

A los maestros se les requiere que hagan dos visitas de casa y dos conferencias dentro de la semana de lunes a viernes durante el año. La maestra repasara las observaciones de su niño con usted y le pedirá mas información acerca de los hábitos que le gusta o disgusta a su niño y necesidades especiales.

**TRANSICIÓN**

Actividades específicas de transición serán planeadas e implementadas durante el año escolar. Por ejemplo, los niños visitaran la cafetería de la escuela las dos últimas semanas de la escuela. También tendrán la oportunidad de visitar los salones de Kínder. Esto junto con otras actividades, ayudaran a hacer el cambio o transición a Kínder una experiencia positiva para nuestros niños.

**CEPILLADO DE DIENTES**

Todos los estudiantes se cepillaran sus dientes cada día usando un puntito de pasta para recibir su tratamiento de fluoruro. Se necesita el permiso de los padres para este procedimiento.

**PASEOS DE ESTUDIO Y EXCURSIONES**

El programa de Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View ofrece un paseo de estudio a todos los estudiantes preescolares, **opcional (reservado según la discreción del maestro)**. Los Estudiantes son transportados por el departamento de transportación del Distrito Escolar Mountain View a varios lugares educativos para aprender sobre la naturaleza, el servicio comunitario y temas curriculares. En todas las excursiones son acompañadas por el personal y padres. Los paseos educativos son opcionales y son basados en las recomendaciones de la/el maestra(o). CPM, Titulo 22, Sección 101218 (A) (7), 101225

**PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DE PADRE/COMUNIDAD****RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS / QUEJAS**

El personal del programa Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View estará disponible para proveer apoyo y asistencia a cualquier padre o residente de la comunidad que tenga alguna queja, preocupación, o problema sobre el programa Head Start/Preescolar de Estado del Distrito Escolar Mountain View.

Los padres o residentes de la comunidad que tengan quejas, problemas o preocupaciones con el programa se les anima que hablen con el maestro(a) del niño(a) primero o un Especialista de Involucramiento de Familia al: (626) 652-4253 o (626) 652-4252 (*Se completará un formulario de preocupación del sitio*).

Si el asunto no se resuelve, el siguiente paso sería de hablar con la Administración del programa Head Start/EHS/Preescolar Estatal. La administración hará la recomendación para resolver la preocupación o queja. Si el asunto no se resuelve durante esta junta, una recomendación escrita se hará a mas no tardar diez (10) días después de la junta. Las quejas escritas de los padres o residentes de la comunidad también recibirán una respuesta en diez (10) días.

# Home Base/Head Start Program

## **RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF HOME BASE PARENTS**

As a parent in the Home Base Program, you have the right:

- To be treated with respect and dignity at all times.
- To be included in all Home Base activities without compromising your religious beliefs.
- To be informed about community resources available in the areas of health, nutrition, mental health, and social services.
- To discuss and plan activities which will help your child learn and develop.
- To discuss and review your child's progress weekly.
- To take part (directly or via a representative) in policy decisions affecting the planning and operation of the Home Base Head Start Program. To evaluate and suggest ways to improve the program.

**You also have certain responsibilities:**

- To uphold the terms of the Parent Agreement you signed.
- To accept families of other cultures and languages in the program.
- To guide your children with respect and encouragement.
- To help plan home visits using materials commonly found in the home.
- To have yourself and the child ready for the ninety (90) minute home visit each week, provide a quiet place for learning and to attend monthly socializations.

Please feel free to contact the Home Base staff members at (626) 652-4250.

## **HOME BASE ATTENDANCE POLICY**

The Attendance Policy for the Home Base Program is as follows:

1. To cancel a home visit, the parent must contact the Head Start office at (626) 652-4250, as soon as you know you will need to cancel and state the reason for the cancellation. Office staff will inform the teacher.
2. If the teacher must cancel a home visit for any reason, the home visit must be rescheduled. If a parent cancels due to an emergency the home visit does not have to be rescheduled. However, if the home visitor's schedule can accommodate a make-up home visit will be made.
3. After three (3) consecutive unexcused missed home visits and unsuccessful attempts to contact the family, the Social Service staff and/or Secretary I, may drop the child from the program and consider this a vacant slot.
4. Excused absences are:
  - a. Illness (child or immediate family member)
  - b. Medical or dental appointment for the child

*Si aún no está satisfecho o no ha recibido una respuesta después de 10 días, puede seguir el Procedimiento Uniforme de Quejas del Distrito Escolar Mountain View.*

### **Opciones de Programa de Head Start**

El centro tiene el derecho de inscribir a las familias en el programa apropiado ya sea Basado en el Centro, Día Completo 6 horas y  $\frac{1}{2}$ , Medio Día 3 horas  $\frac{1}{2}$ , o Basado en Casa dependiendo en elegibilidad y necesidad de la familia.

## **Programa Head Start Preescolar Basado en Casa**



### **Derechos y Responsabilidades de Los Padres del Programa Preescolar Basado en Casa**

Como padres del programa Preescolar Basado en Casa, usted tiene el derecho:

- De ser tratado con respecto y dignidad en todo tiempo.
- De ser incluido en todas las actividades del programa preescolar basado en casa sin comprometer sus creencias religiosas.
- De ser informado de los recursos comunitarios de salud, nutrición, servicio sociales, y salud mental.
- De hablar y planificar sobre actividades que puedan ayudar al aprendizaje y desarrollo de su hijo(a).
- De comentar y revisar el progreso semanal de su hijo(a).
- De participar (directamente o por representación) en decisiones políticas que puedan afectar la planificación y operación del programa preescolar Basado en Casa.
- De evaluar y sugerir maneras de mejorar el programa.

**También usted tiene ciertas responsabilidades:**

- De mantener los términos del contrato de padres que usted firmo.
- De aceptar familias de otras culturas y lenguajes del programa.
- De guiar a sus hijos(as) con respeto y estímulo.
- De ayudar a planificar las visitas de casa usando materiales disponible en casa.
- Que usted y el niño estén listos para la visita domiciliaria de noventa (90) minutos cada semana, proporcionar un lugar tranquilo para aprender y asistir a las socializaciones mensuales. Por favor siéntase libre de llamar al coordinador(a), supervisores, o a cualquier otro miembro del personal del programa preescolar Basado en Casa. (626) 652-4250.

### **POLIZA DE ASISTENCIA PARA HOME BASE**

La póliza de asistencia para el programa Home Base es la siguiente:

- c. Death or illness in the immediate family
  - d. Medical emergency in the family
5. Physical and Dental exams for the child are required within 45 days from the enrollment date. Assistance in meeting this timeline will be provided upon parent request.
  6. The parent must have a TB clearance and provide proof of measles (MMR), pertussis (Tdap), and influenza immunization.
  7. It is important to fulfill all home visits and socializations as scheduled. The program always has a lengthy waiting list, and each time a visit is missed it is time that another family could have been benefiting from the program.



1. Para cancelar la visita a casa, el padre debe llamar a la oficina de Head Start al (626) 652-4250, en cuanto sepa que se va a cancelar la visita y necesita indicar el motivo de la cancelación. El personal de la oficina le informara al maestro/a.
2. Si el maestro debe cancelar una visita al hogar por cualquier motivo, la visita al hogar debe ser reprogramada. Si un padre cancela debido a una emergencia, la visita al hogar no tiene que ser reprogramada. Sin embargo, si el horario del visitante domiciliario puede acomodar una visita al hogar para recuperar la visita cancelada entonces esta será programada.
3. Después de tres (3) faltas injustificadas a las visitas al hogar e intentos fallidos de comunicarse con la familia, el personal del Servicio Social y / o la Secretaria I, puede retirar al niño del programa y considerar esto un espacio vacante.
4. Ausencias Disculpadas son:
  - a. Enfermedad (niño/a o cualquier familiar cercano)
  - b. Citas medicas o dentales para el niño/a
  - c. Enfermedad o muerte de familiar cercano
  - d. Emergencia Médica de alguien en la familia
5. Los exámenes físicos y dentales para el niño son necesarios dentro de los 45 días a partir de la fecha de inscripción. Asistencia en el cumplimiento de este plazo será proporcionada a petición de los padres.
6. El padre debe tener su prueba actual de tuberculosis y proporcionar comprobante de inmunización contra el sarampión (MMR), la tos ferina (Tdap) y la influenza para participar en las socializaciones. Ausencias de eventos sociales debido a no tener su prueba pueden ser consideradas injustificadas.
7. Es muy importante estar presente en todas las visitas a casa y a las socializaciones que se han programado. El programa siempre tiene una larga lista de espera, y cada vez que hay alguna falta esa podría ser una visita a familias que pueden beneficiar del programa.



## PARENT CONTRACT-----\*\*Sample Form\*\*

Dear Preschool Parent / Guardian,

We are happy to have your child in the Mountain View School District, Head Start / State Preschool, and Children's Center program. We are positive both you and your child will have a rewarding experience.

As a participant in the Mountain View School District, Head Start/State Preschool/Children's Center program, you have undertaken a serious responsibility. As such, we expect you to partner with us to support your child's learning.

We have adopted the following guidelines for your participation:

1. Parents/Guardians are encouraged to participate in the program at least 10 hours per week combined at home or school. All volunteers who have accumulated a minimum of 200 or 400 hours will be honored at the end of the year. The teacher will set up a volunteer schedule, and volunteers working in the classrooms must be supervised by the teacher at all times.
2. Parents/Guardians are encouraged to attend monthly parent education meetings in person or virtual distant meetings if necessary.  
**NOTE:** The parent that is working or attending school and is unable to volunteer in the classroom or attend parent education meetings is encouraged discuss with the teacher alternative methods of volunteering.
3. Parents/Guardians are to provide evidence of current TB clearance, Measles (MMR), Pertussis (Tdap) and Influenza immunization at the time of enrollment, and clear of infectious disease. (see health staff for more information).
4. **When signing your child in or out, you must write in the exact time and not the scheduled class hours. No person under the age of 18 years will be able to sign IN and OUT for the child.** Only those persons listed on the student release form/emergency card will be permitted to sign the child **IN** and **OUT**, unless you have given the teacher written consent.
5. To maintain compliance in accordance with the contract of the Los Angeles County office of Education (LACOE), your child needs to participate in class 3 ½ hours per day 5 days per week (Head Start). Your child must be brought in and picked up from the classroom at the scheduled time to ensure that your child receives breakfast or lunch. Children should not be signed out before dismissal time.
6. If the agency is not able to provide transitional services, then the parent and family will receive educational services conducive to the current home environment. In this model, teachers will contact families, at a minimum once a week and work with the parent and child towards reaching school readiness goals. All families must have a current phone number and/or current email address.
7. If your child is going to arrive more than 10 minutes late, then please contact the main office at 626-652-4250, so the staff may follow appropriate procedures to ensure your child receives his/her meals. If your child has not been picked up within 10 minutes of class dismissal, the person(s) on the student release form/emergency card will be contacted to come and pick up your child. In the event that no one can be found, local authorities/police will be contacted to pick up your child. The office will follow the procedure for children that are not picked up in a timely manner. **NOTE: It is your responsibility to keep phone numbers, addresses & emergency contacts up to date. The persons on the card must provide photo identification and be available and willing to pick up your child in the event of an emergency. PLEASE MAKE PRIOR ARRANGEMENTS FOR SOMEONE 18 YEARS OR OLDER WITH PHOTO I.D. TO PICK UP YOUR CHILD WHEN YOU EXPECT TO BE LATE. THIS PERSON MUST BE ON THE EMERGENCY CARD.**
8. Parents/Guardians must pick up their child **immediately** once they are notified of the child's illness or injury.
9. Prior to class, parents/guardians are to notify the classroom staff when a child will be absent because of illness, a parent illness, quarantine or a family emergency.
10. Irregular attendance can result in an alternative placement from the program as established in our recruitment and attendance policy.
11. Your child must have up-to-date immunizations, and a complete physical and dental exam. If you don't have insurance the Head Start health staff will provide you with a list of doctors and dentists who can provide the exam free of charge.
12. Morning classes will receive breakfast and lunch. Afternoon classes receive a lunch and a snack. Children's Center, and Full-Day classes receive breakfast, lunch and snack.
13. Our teaching staff is required to make a least 2 home visits and 2 parent conferences during the Monday-Friday work week. Support staff may also make additional home visits as needed.
14. In order to sustain a safe environment for children, Mountain View School District Head Start/State Preschool/Children's Center and staff will provide care and supervision for children at all times. Staff will provide and maintain a safe environment to prevent incidents that may lead to injury, harm, children leaving facilities unnoticed or a violation of a child's personal rights. Staff will facilitate, introduce and reinforce safety practices in their classrooms with students and parents.
15. Your participation in the program **DOES NOT REQUIRE** you to **DONATE** money, food or other items.
16. **THE SELLING OF PRODUCTS AT SCHOOL IS PROHIBITED. THIS INCLUDES PARENTS/GUARDIANS REQUESTING MONEY FROM OTHER PARENTS.**

I, \_\_\_\_\_ Parent/Guardian of \_\_\_\_\_

Have received a copy of the Parent Contract

\_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_ Date

Signature of verifying staff \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ School Site: \_\_\_\_\_

## CONTRATO DE PADRES—\*Formulario de Muestra\*

Estimado Padre/Tutor Legal,

Estamos felices de tener a su hijo/a en el programa de Head Start/Preescolar Estatal/Centro de Niños del Distrito Escolar Mountain View. Estamos seguros de que usted y su hijo tendrán una experiencia gratificante.

Al ser un participante de los Programas de Head Start/Preescolar Estatal/Centro de Niños del Distrito Escolar Mountain View, usted ha asumido una seria responsabilidad. Como tal, esperamos que se asocie con nosotros para apoyar el aprendizaje de su hijo/a.

Hemos adoptado las siguientes pautas para su participación:

1. Los Padres/Tutores legales son animados a participar en el programa por un mínimo de 10 horas por semana en combinación de escuela y casa. Todos los voluntarios que hayan acumulado un mínimo de 200 o 400 horas serán reconocidos al final del año. La maestra preparará un horario de voluntarios, y los voluntarios que trabajen en el salón deberán ser supervisados por la maestra todo el tiempo.
2. Los Padres/Tutores legales son animados a asistir a las juntas educacionales mensuales para padres en persona o reuniones virtuales a distancia si es necesario. **NOTA:** Los padres que no pueden asistir a estas juntas educacionales debido a su trabajo o escuela, se les recomienda que hablen con la maestra acerca de métodos alternativos para poder ser voluntario.
3. Los Padres/Tutores Legales deben proveer prueba actual de tuberculosis (TB) y prueba de inmunización de sarampión (MMR), tos ferina (Tdap) y influenza al momento de la inscripción y libre de enfermedades infecciosas (vea al personal de salud para más información).
4. **Usted debe escribir la hora exacta en que lleva a su niño a la clase en la hoja de registro y no la hora programada para la clase. Ninguna persona menor de 18 años podrá llevar o recoger a los niños del programa. Solo a las personas incluidas en la tarjeta de emergencia se les permitirá firmar en la hoja de registro para entregar o recoger a los niños del programa, a no ser que usted le haya dado un permiso por escrito a la maestra.**
5. Para mantener el cumplimiento de acuerdo al contrato con la Oficina de Educación del Condado de Los Angeles (LACOE), su hijo necesita participar en clase 3 ½ horas por día, 5 días a la semana (Head Start). Su niño debe ser traído y recogido del salón a la hora establecida para asegurar que reciba desayuno y almuerzo. Los niños no deben ser recogidos antes de la hora de salida.
6. Si la agencia no puede proporcionar servicios de transición, los padres y la familia recibirán servicios educativos que favorezcan el entorno actual del hogar. En este modelo, los maestros contactarán a las familias, como mínimo una vez por semana y trabajarán con los padres y el niño para alcanzar las metas de preparación escolar. Todas las familias deben tener un número de teléfono actual y / o una dirección de correo electrónico actual.
7. Si su hijo va a llegar mas de 10 minutos tarde al salón, por favor contacte al personal de la oficina al 626-652-4250 para poder seguir los procedimientos apropiados y asegurar que su hijo reciba sus alimentos. Si su hijo no ha sido recogido entre los primeros 10 minutos después de la hora de salida, la(s) persona(s) en la tarjeta de emergencia serán contactadas para que vengan a recoger a su hijo. En caso que nadie pueda ser contactado, contactaremos a las autoridades locales/departamento de policía local para que ellos recojan a su niño. La oficina seguirá este procedimiento con los niños que no sean recogidos puntualmente. **NOTA:** Es la responsabilidad de los padres/tutores legales proveernos con números de teléfono, direcciones y contactos de emergencia que estén actualizados. Las personas en la tarjeta de emergencia deberán proveer su identificación con foto y estar disponibles para recoger a su niño en caso de una emergencia. **POR FAVOR HAGA ARREGLOS PREVIOS PARA QUE ALGUIEN CON 18 AÑOS O MÁS CON IDENTIFICACIÓN CON FOTO PUEDA RECOGER A SU NIÑO EN CASO QUE USTED ANTICIPE QUE VA HA LLEGAR TARDE. ESTA PERSONA DEBE ESTAR EN LA TRAJETA DE EMERGENCIA.**
8. Los Padres/Tutores Legales deben recoger **inmediatamente** a su niño una vez sean notificados de que está enfermo o herido.
9. Antes de la clase, el padre/tutor legal debe notificarle al personal del salón cuando un estudiante va a estar ausente debido a una enfermedad, enfermedad del padre, cuarentena o emergencia familiar.
10. La asistencia irregular puede resultar en una colocación alternativa del programa según lo establecido en nuestra política de reclutamiento y asistencia.
11. Su hijo debe tener un registro de inmunizaciones actualizado, y un examen físico y dental completo. Si usted no tiene seguro de salud, el personal de salud de Head Start le proveerá con una lista de doctores y dentistas que pueden proveer exámenes gratuitos para su hijo.
12. Las clases de la mañana recibirán desayuno y almuerzo. Las clases de la tarde recibirán almuerzo y merienda. Las clases en el Centro de Niños y de las clases día completo recibirán desayuno, almuerzo y merienda.
13. Nuestro personal educativo está requerido a hacer por mínimo 2 visitas a su hogar y tener 2 conferencias de padres y maestros durante la semana laboral de lunes a viernes. El personal de apoyo también puede hacer visitas a su hogar cuando sea necesario.
14. Para poder mantener un ambiente seguro para los niños, el Programa de Head Start/Preescolar Estatal/Centro de Niños del Distrito Escolar Mountain View proveerán cuidado y supervisión de niños en todo momento. El personal proveerá y mantendrá un ambiente seguro para prevenir incidentes que puedan ocasionar daños, lesiones, niños que salgan inadvertidos del establecimiento, o una violación de los derechos personales de los niños. El personal facilitara, introducirá y reforzara las prácticas de seguridad en el salón.
15. Su participación en el programa **NO REQUIERE** que usted haga **DONACIONES** monetarias, de comida u otras cosas.
16. **LA VENTA DE PRODUCTOS EN LA ESCUELA ESTA PROHIBIDA. ESTO INCLUYE EL QUE PADRES/TUTORES LEGALES PIDAN DINERO A OTROS PADRES.**

Yo, \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal de \_\_\_\_\_

He recibido una copia de este Contrato de Padres \_\_\_\_\_

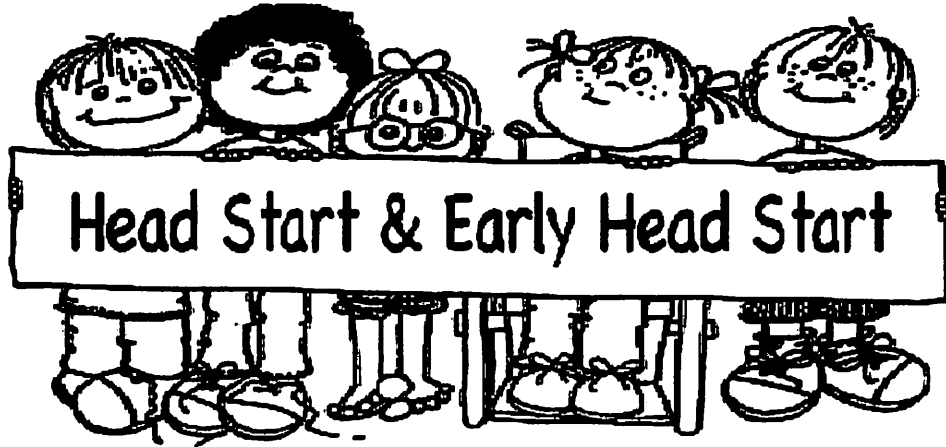
Firma del Padre/Tutor Legal

Firma del empleado verificando \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ escuela \_\_\_\_\_



**\*\*Sample Form\*\***

**Mountain View School District**



**Statement of Understanding  
Acknowledgement of Written Policies  
Parent Handbook**

I, the parent(s) or guardian of:

---

*Student's Name*

Have read the Mountain View Head Start/State Preschool Parent Handbook, and I acknowledge I have received written policies and procedures of the program, and I will follow the program guidelines.

Parent

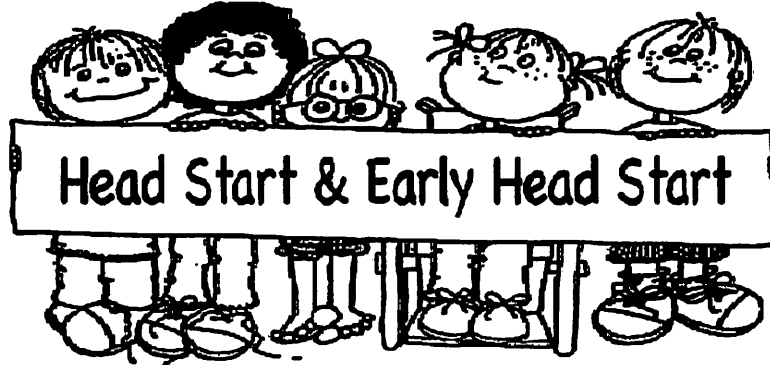
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Head Start Site: \_\_\_\_\_

Class: AM/PM/FD/HB

# **\*\* Formulario de Muestra \*\***

Mountain View School District



## **Declaración de Entendimiento Reconocimiento de las Políticas Escritas Manual de Padres**

Yo, el padre o guardián de:

---

*Nombre del Estudiante*

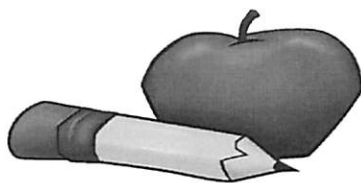
Ha leído el manual para padres del programa de Head Start/Preescolar Estatal del Distrito Escolar Mountain View, y reconozco que he recibido políticas y procedimientos escritos del programa, y seguiré las pautas del programa.

Firma

de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Clase de Head Start: \_\_\_\_\_

Horario: AM/PM/FD/HB



**SCHOOL BOARD**  
**BOARD OF EDUCATION**

JACQUELINE SALDAÑA  
ADAM CARRANZA  
VERONICA SIFUENTES  
CINDY WU  
CHRISTIAN DIAZ

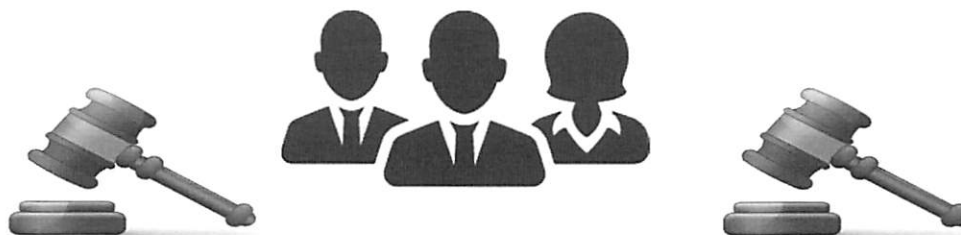
**DISTRICT ADMINISTRATION**

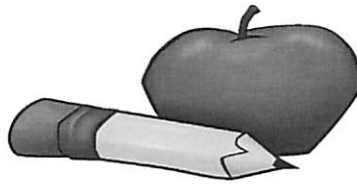
LILLIAN MALDONADO FRENCH  
SUPERINTENDENT

RAYMOND ANDRY  
ASSISTANT SUPERINTENDENT  
EDUCATIONAL SERVICES

DARIN DE KNIKKER  
ASSISTANT SUPERINTENDENT  
BUSINESS SERVICES

DR. JOHN LOVATO  
ASSISTANT SUPERINTENDENT  
PERSONNEL SERVICES





SCHOOL BOARD

**CONSEJO DE EDUCACIÓN**

JACQUELINE SALDAÑA

ADAM CARRANZA

VERONICA SIFUENTES

CINDY WU

CHRISTIAN DIAZ

**DISTRITO ADMINISTRATIVO**

LILLIAN MALDONADO FRENCH

SUPERINTENDENTE

RAYMOND ANDRY

ASISTENTE DE SUPERINTENDENTE

SERVICIOS DE EDUCACION

DARIN DE KNIKKER

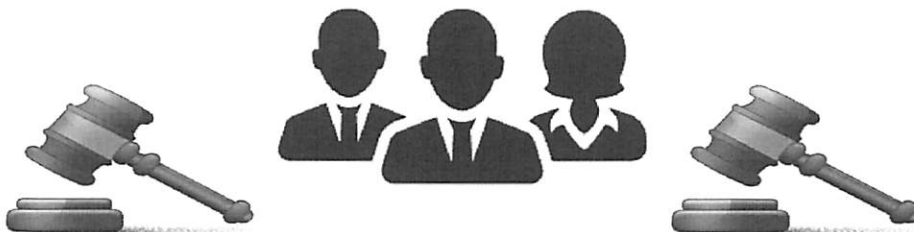
ASISTENTE SUPERINTENDENTE

SERVICIOS DE EMPRESARIALES

DR. JOHN LOVATO

ASISTENTE SUPERINTENDENTE

SERVICIOS DEL PERSONAL



# Appendix and Forms

## **Admission Agreement / Initial Enrollment Information**

**Notification of Parents' Rights** (LIC 995)

**Caregiver Background Check Process** [CPM, Title 22, Sections 101219.1(b) and (b) (1)]

**Personal Rights** [CPM, Title 22, Sections 101223 (a) and (b)]

**Identification and Emergency Information** [CPM. Title 22, Section 101221 (b) (7)]

**Consent for Emergency Medical Treatment Form** (LIC 627) [CPM, Title 22, Section 221 (b) (8) (C)]

**Child's Pre-admission Health History- Parent's Report** (LIC 702) [CPM. Title 22, Section 101218.1 (a)(3)]

**Physician's Report-Child Care Centers** (LIC 701) **(medical-assessment requirement, Including TB skin testing if indicated by the child's physician)**  
[CPM. Title 22, Sections 101220, 101218.1 (a) (4)]

**Immunization Requirements** (CPM. Title 22, Section 101220.1)

**Needs and Services Plan** [CPM, Title 22, Section 101419.2]

**Referral for Service** (form no 604-048)

**Uniform Guidelines** (District regulations)

**Late Arrival and Pick- up Policy**

**Parent Contract**

**Appeal Process**



**Acuerdo de Admisión /Información de Inscripción**

**Notificación de Derechos de Padres (LIC 995)**

**Proceso de Revisar Antecedentes de Empleado**

(CPM, Título 22, Secciones 101219.1 (b) y (b) (1)]

**Derechos Personales [CPM, Título 22, Secciones 101223 (a) y (b)]**

**Identificación e Información de Emergencia [CPM, Título 22, Secciones 101221 (b) (7)]**

**Consentimiento para Tratamiento de Emergencia Médica (LIC 627) [CPM, Título 22, Secciones 221 (b) (8) (c)]**

**Pre-Admisión de Niño Historia de Salud –Reporte de Padres (LIC) [CPM, Título22, Secciones 101218.1 (a) (3)]**

**Reporte Médico – Centro de Niños (LIC 701) (Requisito de evaluación médica, incluyendo examen de tuberculosis si es indicado por el médico de niño/a) [CPM, Título 22, Sección 101220, 101218.1 (a) (4)]**

**Requisito de Vacunas [CPM, Título 22, Sección 101220.1]**

**Plan de Servicios y Necesidades [CPM, Título 22, Sección 101419.2]**

**Referencia para Servicios (No de forma 604-048)**

**Normas del Uniforme (Reglamentos del Distrito)**

**Póliza de llevar y recoger los estudiantes**

**Contrato de Padres**



# PRE-KINDERGARTEN



(any private or public child care center, day nursery, nursery school, family day care home, or development center)

**Doses required by age when admitted and at each age checkpoint after entry<sup>1</sup>:**

| AGE WHEN ADMITTED         | TOTAL NUMBER OF DOSES REQUIRED OF EACH IMMUNIZATION <sup>2,3</sup> |        |         |                             |
|---------------------------|--|--------|---------|-----------------------------|
| 2 through 3 months        | 1 Polio  | 1 DTaP | 1 Hep B | 1 Hib                       |
| 4 through 5 months        | 2 Polio  | 2 DTaP | 2 Hep B | 2 Hib                       |
| 6 through 14 months       | 2 Polio  | 3 DTaP | 2 Hep B | 2 Hib                       |
| 15 through 17 months      | 3 Polio  | 3 DTaP | 2 Hep B | 1 Varicella                 |
|                           | On or after the 1st birthday:                                      |        |         | 1 Hib <sup>4</sup><br>1 MMR |
| 18 months through 5 years | 3 Polio  | 4 DTaP | 3 Hep B | 1 Varicella                 |
|                           | On or after the 1st birthday:                                      |        |         | 1 Hib <sup>4</sup><br>1 MMR |

1. A pupil's parent or guardian must provide documentation of a pupil's proof of immunization to the governing authority no more than 30 days after a pupil becomes subject to any additional requirement(s) based on age, as indicated in the table above (Table A).
2. Combination vaccines (e.g., MMRV) meet the requirements for individual component vaccines. Doses of DTP count towards the DTaP requirement.
3. Any vaccine administered four or fewer days prior to the minimum required age is valid.
4. One Hib dose must be given on or after the first birthday regardless of previous doses. Required only for children who have not reached the age of five years.

DTaP = diphtheria toxoid, tetanus toxoid, and acellular pertussis vaccine  
 Hib = Haemophilus influenzae, type B vaccine  
 Hep B = hepatitis B vaccine  
 MMR = measles, mumps, and rubella vaccine  
 Varicella = chickenpox vaccine

## INSTRUCTIONS:

California pre-kindergarten (child care or preschool) facilities are required to check immunizations for all new admissions and at each age checkpoint.

**UNCONDITIONALLY ADMIT** a pupil age 18 months or older whose parent or guardian has provided documentation of any of the following for each immunization required for the pupil's age as defined in table above:

- Receipt of immunization.
- A permanent medical exemption in accordance with 17 CCR section 6051.
- A personal beliefs exemption (filed prior to 2016) in accordance with Health and Safety Code section 120335.



## CONDITIONAL ADMISSION SCHEDULE FOR PRE-KINDERGARTEN

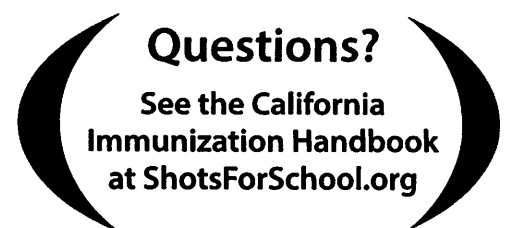
Before admission a child must obtain the first dose of each required vaccine and any subsequent doses that are due because the period of time allowed before exclusion has elapsed.

| DOSE               | EARLIEST DOSE MAY BE GIVEN                                  | EXCLUDE IF NOT GIVEN BY     |
|--------------------|---|-----------------------------|
| <b>Polio #2</b>    | 4 weeks after 1st dose                                      | 8 weeks after 1st dose      |
| <b>Polio #3</b>    | 4 weeks after 2nd dose                                      | 12 months after 2nd dose    |
| <b>DTaP #2, #3</b> | 4 weeks after previous dose                                 | 8 weeks after previous dose |
| <b>DTaP #4</b>     | 6 months after 3rd dose                                     | 12 months after 3rd dose    |
| <b>Hib #2</b>      | 4 weeks after 1st dose                                      | 8 weeks after 1st dose      |
| <b>Hep B #2</b>    | 4 weeks after 1st dose                                      | 8 weeks after 1st dose      |
| <b>Hep B #3</b>    | 8 weeks after 2nd dose and at least 4 months after 1st dose | 12 months after 2nd dose    |

**CONDITIONALLY ADMIT** any pupil who lacks documentation for unconditional admission if the pupil:

- has commenced receiving doses of all the vaccines required for the pupil's age (table on page 1) and is not currently due for any doses at the time of admission (as determined by intervals listed in Conditional Admission Schedule, column entitled "EXCLUDE IF NOT GIVEN BY"), or
- is younger than 18 months and has received all the immunizations required for the pupil's age (table on page 1) but will require additional vaccine doses at an older age (i.e., at next age checkpoint), or
- has a temporary medical exemption from some or all required immunizations (17 CCR section 6050).

**Continued attendance** after conditional admission is contingent upon documentation of receipt of the remaining required immunizations. The pre-kindergarten facility shall notify the pupil's parent or guardian of the date by which the pupil must complete all remaining doses.



# PRE-KÍNDER



(cualquier centro de cuidado infantil, guardería de día, jardín de infantes, hogar de cuidado familiar de día o centro de desarrollo)

## Dosis que se requieren por edad al ingresar y durante cada punto de control de edad después del ingreso<sup>1</sup>:

| EDAD AL INGRESAR          | NÚMERO TOTAL DE DOSIS DE CADA VACUNA REQUERIDA <sup>2,3</sup> |        |         |                             |
|---------------------------|---|--------|---------|-----------------------------|
| 2 a 3 meses               | 1 Polio   | 1 DTaP | 1 Hep B | 1 Hib                       |
| 4 a 5 meses               | 2 Polio   | 2 DTaP | 2 Hep B | 2 Hib                       |
| 6 a 14 meses              | 2 Polio   | 3 DTaP | 2 Hep B | 2 Hib                       |
| 15 a 17 meses             | 3 Polio   | 3 DTaP | 2 Hep B | 1 Varicela                  |
|                           | Al cumplir el 1er año de edad o después:                      |        |         | 1 Hib <sup>4</sup><br>1 MMR |
| 18 meses a 5 años de edad | 3 Polio   | 4 DTaP | 3 Hep B | 1 Varicela                  |
|                           | Al cumplir el 1er año de edad o después:                      |        |         | 1 Hib <sup>4</sup><br>1 MMR |

- El padre o tutor del niño debe proporcionar el comprobante de inmunización del niño a la autoridad competente como prueba de que se vacunó no más de 30 días después de que sea sujeto a cualquier requisito adicional según su edad, como se indica en la tabla arriba (Tabla A).
- Las vacunas combinadas (por ejemplo, MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de las vacunas. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna administrada cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Una dosis contra el Hib debe ser administrada al cumplir el 1er año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños que aún no han cumplido los 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular  
 Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B  
 Hep B= vacuna contra la hepatitis B  
 MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

## INSTRUCCIONES:

Se requiere que los pre-kínderes (guardería o preescolar) de California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los niños antes de ingresar y durante cada punto de control según la edad del niño.

**ADMITA INCONDICIONALMENTE** a un niño de 18 meses de edad o mayor cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida según la edad del niño, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

## CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA PRE-KINDER

Antes de ingresar, cada niño debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

| DOSIS              | LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR  | EXCLUIR SI NO SE HA DADO               |
|--------------------|---|--|
| <b>Polio #2</b>    | 4 semanas después de la 1ra dosis   | 8 semanas después de la 1ra dosis      |
| <b>Polio #3</b>    | 4 semanas después de la 2da dosis   | 12 meses después de la 2da dosis       |
| <b>DTaP #2, #3</b> | 4 semanas después de la dosis anterior  | 8 semanas después de la dosis anterior |
| <b>DTaP #4</b>     | 6 meses después de la 3ra dosis   | 12 meses después de la 3ra dosis       |
| <b>Hib #2</b>      | 4 semanas después de la 1ra dosis   | 8 semanas después de la 1ra dosis      |
| <b>Hep B #2</b>    | 4 semanas después de la 1ra dosis   | 8 semanas después de la 1ra dosis      |
| <b>Hep B #3</b>    | 8 semanas después de la 2da dosis y al menos<br>4 meses después de la 1ra dosis | 12 meses después de la 2da dosis       |

**ADMITA CONDICIONALMENTE** a cualquier niño que le falte la documentación para la admisión incondicional si el niño:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su edad (tabla en la 1ra página) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Es menor de 18 meses de edad y ha recibido todas las vacunas requeridas para su edad (tabla en la 1ra página) pero necesitará recibir vacunas adicionales requeridas cuando sea más grande (por ejemplo, durante cada punto de control según la edad del niño) o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

**La asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el niño recibió las vacunas requeridas restantes. El pre-kínder debe informar al padre o tutor de la fecha en que el niño tiene que completar todas las vacunas restantes.

## IMPORTANT INFORMATION

### CAREGIVER BACKGROUND CHECK INFORMATION

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

#### What is a background check?

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

#### What if I have a criminal conviction?

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

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

#### How do I get a criminal record exemption?

As part of the request for an exemption, the facility operator or you must send us convincing proof that you are of good character in spite of your conviction. We will review any information you submit as well as the number and type of crimes committed, how long ago the crime(s) happened, what kind of work you will be doing and whether you will be working with children, adults, or the elderly. *(You need not disclose any marijuana-related offenses covered by the marijuana reform legislation codified at Health and Safety Code sections 11361.5 and 11361.7.)* If we find that you were not truthful in the information you submitted for your exemption, we will deny your exemption request. In most cases, if you are currently on supervised probation or on parole you will **not** be granted an exemption. If your exemption is denied, and you are married to or living with someone who is applying for a license and care will be provided in your home, his or her application will be denied because everyone who lives in the home must have a clearance or exemption. If a criminal record exemption is granted to you and you later move, or want to work in a different facility, your exemption will be re-evaluated based on your new role and our current laws, regulations, and policies. If you are arrested or convicted after an exemption is granted to you, your exemption may be cancelled. If you are married to or living with someone who is licensed, and care is provided in your home, the facility license may be suspended or revoked.

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

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

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

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

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

# INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

## PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

### Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

### Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://ccld.ca.gov/contact.htm>





Los Angeles County  
Office of Education  
Leading Educators • Supporting Students  
Serving Communities

# Head Start - Early Head Start - LACOE State Preschool APPLICATION FOR SERVICES (PART 1 OF 2)



CHILD PLUS ID (APPLICANT):

## A. GENERAL INFORMATION

| Agency Name          | Site Name            | Application Date     | Referred By          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## B. FAMILY MEMBERS

| Number of People in Family | Date of Birth        | Applicant's Relationship |
|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

B1. PARENT/GUARDIAN A

EMPLOYMENT STATUS  Student  Homemaker  Unemployed  Employed  Self-Employed

CHECK ALL THAT APPLY  Has Custody of Applicant  Lives with Family  Teen Parent

EDUCATION  Less than High School Grad. (Highest Grade \_\_\_\_\_)  High School Graduate  
 Some College, Vocational or Associate Degree  Bachelor's or Advanced Degree

B2. PARENT/GUARDIAN B

EMPLOYMENT STATUS  Student  Homemaker  Unemployed  Employed  Self-Employed

CHECK ALL THAT APPLY  Has Custody of Applicant  Lives with Family  Teen Parent

EDUCATION  Less than High School Grad. (Highest Grade \_\_\_\_\_)  High School Graduate  
 Some College, Vocational or Associate Degree  Bachelor's or Advanced Degree

| B3. Additional Family Members (Attach Additional Sheet if Necessary) | Date of Birth        | Applicant's Relationship |
|--|----------------------|--------------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

## C. APPLICANT (CHILD OR PREGNANT MOTHER APPLYING FOR SERVICES)

| First Name           | Middle Name          | Last Name            | Date of Birth        | Gender  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |

| Race   | Ethnicity  | Primary Health Coverage   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial<br><input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino Origin<br><input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Non-Latino Origin | <input type="checkbox"/> Medicaid (Medical)<br><input type="checkbox"/> SCHIP<br><input type="checkbox"/> Private<br><input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Other: _____ |

| Living Address       | Address Line 2       | Zip Code             | City                 | State                |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Mailing Address (If Different) | Address Line 2       | Zip Code             | City                 | State                |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Contact Number       | Type (Check One)   | Alternative Number   | Type (Check One)   |
|----------------------|--|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other |

| E-Mail Address       | Parental Status  |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> One Parent <input type="checkbox"/> Two Parents |

Primary Language of Family at Home (Select One)

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> English<br><input type="checkbox"/> Spanish<br><input type="checkbox"/> Native Central or South American and Mexican Languages<br><input type="checkbox"/> Caribbean Languages<br><input type="checkbox"/> Middle Eastern & South Asian Languages<br><input type="checkbox"/> East Asian Languages | <input type="checkbox"/> Native North American/Alaskan Native Languages<br><input type="checkbox"/> Pacific Island Languages (e.g. Palauan, Fijian)<br><input type="checkbox"/> European/Slavic Languages<br><input type="checkbox"/> African Languages<br><input type="checkbox"/> Other (e.g. American Sign Language): _____ |
|---|--|

Applicant's Primary Language  English  Spanish  Asian Language  Other: \_\_\_\_\_

Language(s) spoken to child by the parent(s)/primary caregiver(s)?  English  Spanish  Asian Language  Other: \_\_\_\_\_



# Head Start - Early Head Start - LACOE State Preschool APPLICATION FOR SERVICES (PART 2 OF 2 )



## D. ELIGIBILITY

### D1. Family Residency Questionnaire

CHILD LIVES WITH  1 Parent or Guardian  2 Parents or Guardians  1 Parent & Another Adult  A Relative  
 An Adult (Not Parent or Guardian)  Other: \_\_\_\_\_

### FAMILY LIVING SITUATION: (CHECK ALL THAT APPLY)

None of the Options Apply  Transitional Housing Program Name: \_\_\_\_\_  
 Shelter Name: \_\_\_\_\_  Other places not designed for or ordinarily used as a regular sleeping  
 Motel/Hotel Name: \_\_\_\_\_ accommodation for human beings (explain)  
 Single Room Occupancy (SRO)

### Temporarily in one of the following due to inadequate housing, financial hardship, or loss of housing:

Car, Trailer, or Campsite  Rented Trailer, Motor Home on Private Property  Rented Garage  
 Another Family's House or Apartment  With Another Adult (Not the Parent or Legal Guardian)

| D2. Age Eligibility | D3. Categorical Eligibility (If <i>not</i> Categorically Eligible, must Complete Section D4) |
|---------------------|--|
|---------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>BIRTH DATE VERIFICATION</b></p> <input type="checkbox"/> Birth Certificate<br><input type="checkbox"/> Passport<br><input type="checkbox"/> Baptismal Certificate<br><input type="checkbox"/> Other: _____ | <p>If the family is categorically eligible, select one of the boxes below and attach appropriate documentation. <i>The documentation must be current (within six months from the date of application for services) to show family is receiving services.</i></p> <input type="checkbox"/> TANF/CalWorks <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Foster Care<br><i>Note: If family is categorically eligible do not complete the D4 Income Eligibility section of this form.</i> |
|--|--|

### D4. Income Eligibility

Parent/Guardian A:

Occupation: \_\_\_\_\_ Years at Present Employer: \_\_\_\_\_

| Column A<br>Current YTD | Column B<br>Time Period Covered / Type of Income Documentation | Column C<br>Prior YTD | Column D<br>Time Period Covered / Type of Income Documentation |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
|                         |  |                       |  |

Total Income Parent/Guardian A: \$ \_\_\_\_\_

Parent/Guardian B:

Occupation: \_\_\_\_\_ Years at Present Employer: \_\_\_\_\_

| Column A<br>Current YTD | Column B<br>Time Period Covered / Type of Income Documentation | Column C<br>Prior YTD | Column D<br>Time Period Covered / Type of Income Documentation |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
|                         |  |                       |  |

Total Income Parent/Guardian B: \$ \_\_\_\_\_

Total Family Income (Parent/Guardian A + Parent/Guardian B): \$ \_\_\_\_\_

## E. SELECTION CRITERIA

| Disability Status  | Applicant Status (Check all that apply)  | Crisis (Check all that apply)   | Parent/Guardian (Check all that apply)  |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> IEP<br><input type="checkbox"/> RTI <input type="checkbox"/> IFSP<br><input type="checkbox"/> Suspected | <input type="checkbox"/> Transitioning EHS Student<br><input type="checkbox"/> Returning Student<br><input type="checkbox"/> 5 Year Old - Kindergarten Unavailable<br><input type="checkbox"/> Agency Referral | <input type="checkbox"/> Child Protective Services<br><input type="checkbox"/> Incarcerated Parent<br><input type="checkbox"/> Domestic Abuse<br><input type="checkbox"/> DCFS Case | <input type="checkbox"/> In Military<br><input type="checkbox"/> Pregnant Mother<br><input type="checkbox"/> Disabled<br><input type="checkbox"/> Grandparent |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Additional Criteria<br>(Capture from Page 1) | <b>Parental Status</b> (One Parent, Teen Parent)<br><b>Parent Education</b> (Education Level & Student Status) | <b>Health Coverage</b> (No Insurance)<br><b>Dual Language Learner</b> |
|--|--|---|

Application Notes / Clarifications / Special Circumstances:

|  |   |
|--|---|
| <i>I certify that the information about the family, income and number of persons in this family given above is true and correct.</i> | <i>I have reviewed the above documentation and verify that the information is true and correct to the best of my knowledge.</i> |
|--|---|

|  |             |                               |             |
|--|-------------|-------------------------------|-------------|
| Signature of Parent/Guardian or Client | Date Signed | Signature of Head Start Staff | Date Signed |
|  |             |                               |             |





# Head Start - Early Head Start - Preescolar Estatal de LACOE

## SOLICITUD PARA OBTENER SERVICIOS (PARTE 1 DE 2 )



ID DE CHILD PLUS (SOLICITANTE):

### A. INFORMACIÓN GENERAL

| Agencia | Nombre de la Escuela | Fecha de la Solicitud | Recomendado Por |
|---------|----------------------|-----------------------|-----------------|
|         |                      |                       |                 |

### B. MIEMBROS DE LA FAMILIA

| Número de Personas en la Familia | Fecha de Nacimiento | Parentesco al Solicitante |
|----------------------------------|---------------------|---------------------------|
|----------------------------------|---------------------|---------------------------|

B1. PADRE/TUTOR A

ESTADO DE EMPLEO     Estudiante     Está en Casa     Desempleado     Empleado     Trabaja por su Cuenta

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN     Tiene la Patria Potestad del Solicitante     Vive con la Familia     Es Padre Adolescente

EDUCACIÓN     No se Graduó de la Preparatoria (Nivel más alto \_\_\_\_\_)     Graduado de la Preparatoria  
 Algo de Universidad, Título Especializado o Diplomatura     Licenciatura o Título Superior

B2. PADRE/TUTOR B

ESTADO DE EMPLEO     Estudiante     Está en Casa     Desempleado     Empleado     Trabaja por su Cuenta

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN     Tiene la Patria Potestad del Solicitante     Vive con la Familia     Es Padre Adolescente

EDUCACIÓN     No se Graduó de la Preparatoria (Nivel más alto \_\_\_\_\_)     Graduado de la Preparatoria  
 Algo de Universidad, Título Especializado o Diplomatura     Licenciatura o Título Superior

| B3. Miembros de la Familia Adicionales (Adjunte Otra Hoja si es Necesario) | Fecha de Nacimiento | Parentesco al Solicitante |
|--|---------------------|---------------------------|
|--|---------------------|---------------------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### C. SOLICITANTE (EL NIÑO O LA MADRE EMBARAZADA QUIÉN ESTÁ SOLICITANDO LOS SERVICIOS)

| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Género |
|--------|----------------|----------|---------------------|--------|
|--------|----------------|----------|---------------------|--------|

Masculino     Femenino

| Raza | Etnia | Seguro Médico Principal |
|------|-------|-------------------------|
|------|-------|-------------------------|

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Origen Hispano o Latino       | <input type="checkbox"/> Medicaid (Medical) |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico  | <input type="checkbox"/> Origen No-Hispano o No-Latino | <input type="checkbox"/> SCHIP              |
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> De Dos/Múltiples Razas             |  | <input type="checkbox"/> Privado            |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____           |   |  | <input type="checkbox"/> Ninguno            |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |

| Domicilio Dónde Vive | Línea 1 Para su Domicilio | Código Postal | Ciudad | Estado |
|----------------------|---------------------------|---------------|--------|--------|
|----------------------|---------------------------|---------------|--------|--------|

| Domicilio de Correspondencia (Si Difiere) | Línea 1 Para su Domicilio | Código Postal | Ciudad | Estado |
|---|---------------------------|---------------|--------|--------|
|---|---------------------------|---------------|--------|--------|

| Número de Contacto | Tipo (Indique Uno) | Número Alterno | Tipo (Indique Uno) |
|--------------------|--------------------|----------------|--------------------|
|--------------------|--------------------|----------------|--------------------|

|                                  |                               |                                  |                               |                                  |                               |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Otro |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

| Dirección de Correo Electrónico | Estado Parental |
|---------------------------------|-----------------|
|---------------------------------|-----------------|

Un Padre de Familia     Dos Padres de Familia

Idioma Principal de la Familia en Casa (Elija Uno)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Idiomas Originarios de Centro o Sud América y México<br><input type="checkbox"/> Idiomas del Caribe<br><input type="checkbox"/> Idiomas del Medio Oriente o de Sud Asia<br><input type="checkbox"/> Idiomas de Asia Oriental | <input type="checkbox"/> Idiomas de Los Indios Americanos/Nativos de Alaska<br><input type="checkbox"/> Idiomas de Las Islas del Pacífico (ej. Palauano, Fijian)<br><input type="checkbox"/> Idiomas Europeos/Eslavos<br><input type="checkbox"/> Idiomas Africanos<br><input type="checkbox"/> Otro (ej. Lenguaje Pos Señas): _____ |
|--|--|

¿Cuál es el Idioma Principal del Solicitante?     Inglés     Español     Idioma Asiático     Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál Idioma le Hablan al Niño sus Padres/Personas Encargadas?     Inglés     Español     Idioma Asiático     Otro: \_\_\_\_\_



# Head Start - Early Head Start - Preescolar Estatal de LACOE

## SOLICITUD PARA OBTENER SERVICIOS (PARTE 2 DE 2)



### D. ELEGIBILIDAD

#### D1. Cuestionario Sobre la Residencia Familiar

EL NIÑO VIVE CON  1 Padre o Tutor  2 Padres o Tutores  1 Padre & Otro Adulto  Un Familiar  
 Un Adulto (No es el Padre o el Tutor)  Otro: \_\_\_\_\_

#### SITUACIÓN DE VIVIENDA DE LA FAMILIA (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

Ninguna de Estas Opciones  Programa de Vivienda Provisional Nombre: \_\_\_\_\_  
 Alberque Nombre: \_\_\_\_\_  Otros lugares que no han sido diseñados para o que se utilicen regularmente por humanos para dormir (explique)  
 Motel/Hotel Nombre: \_\_\_\_\_  
 Alquila una Habitación (SRO)

Está en uno de los siguientes **debido a la falta de vivienda, dificultades financieras, o perdió su vivienda:**

Automóvil, Casa Movable, Acampamento  Alquila una Casa Movable, una Casa Rodante en Propiedad Privada  Alquila una Cochera  
 La Casa o Apartamento de Otra Familia  Con Otro Adulto (No es el Padre ni Tutor Legal)

#### D2. Elegibilidad por Edad

#### D3. Elegibilidad por Categorización (Si *no* es Elegible por Categorización, debe Completar la Sección D4)

#### COMPROBANTE DE LA FECHA DE NACIMIENTO

Acta de Nacimiento  
 Pasaporte  
 Certificado de Bautizo  
 Otro: \_\_\_\_\_

Si la familia es elegible por categorización, elija una de las casillas a continuación y adjunte la documentación apropiada. *La documentación debe ser reciente (no más de seis meses de vigencia de la fecha en la que solicitó los servicios) para poder mostrar que la familia recibe los servicios.*

TANF/CalWorks  Seguridad de Ingreso Suplementario  Sin Hogar  Familia de Crianza

*Nota: Si la familia es elegible por categorización, no complete la sección D4 de elegibilidad de ingresos de este formulario.*

#### D4. Elegibilidad de Ingresos

Padre/Tutor A:

Oficio: \_\_\_\_\_ Años que lleva trabajando con este empleador: \_\_\_\_\_

| Columna A<br>Actual y Hasta la Fecha | Columna B<br>Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos | Columna C<br>Anterior | Columna D<br>Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos |
|--------------------------------------|---|-----------------------|---|
|                                      |   |                       |   |

Total de Los Ingresos del Padre/Tutor A: \$

Padre/Tutor B:

Oficio: \_\_\_\_\_ Años que lleva trabajando con este empleador: \_\_\_\_\_

| Columna A<br>Actual y Hasta la Fecha | Columna B<br>Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos | Columna C<br>Anterior | Columna D<br>Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos |
|--------------------------------------|---|-----------------------|---|
|                                      |   |                       |   |

Total de Los Ingresos del Padre/Tutor B: \$

Total de Los Ingresos Familiares (Padre/Tutor A + Padre/Tutor B): \$

### E. CRITERIO PARA LA SELECCIÓN

| Estado de Discapacidad  | Estado del Solicitante (Marque Todos los que Apliquen)   | Crisis (Marque Todos los que Apliquen)   | Padre/Tutor (Marque Todos los que Apliquen)  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> IEP<br><input type="checkbox"/> RTI <input type="checkbox"/> IFSP<br><input type="checkbox"/> Se Sospecha | <input type="checkbox"/> Estudiante que hará la Transición de EHS<br><input type="checkbox"/> Estudiante que va a Volver por otro año<br><input type="checkbox"/> 5 Años de Edad - no hay un Kinder Disponible<br><input type="checkbox"/> Fue Recomendado por una Agencia | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Menor<br><input type="checkbox"/> Un Padre está Encarcelado<br><input type="checkbox"/> Abuso Doméstico<br><input type="checkbox"/> Hay un Caso con DCFS | <input type="checkbox"/> En el Ejército<br><input type="checkbox"/> Mamá Embarazada<br><input type="checkbox"/> Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Abuelo |

Criterio Adicional  
(Proveniente de la Página 1)

**Estado Parental** (Un Padre, Padre Adolescente)

**Seguro Médico** (No Tiene Seguro)

**Educación del Padre** (Nivel Académico y Estado del Estudiante)

**Está Aprendiendo dos Idiomas**

Notas / Aclaraciones / Circunstancias Especiales de la Solicitud:

*Certifico que la información referente a la familia, sus ingresos y el número de personas en esta familia indicado anteriormente es verídica y correcta.*

*Yo he revisado la documentación y aseguro que la información es verídica y correcta a mi leal saber y entender.*

|                                 |       |                                  |       |
|---------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| Firma del Padre/Tutor o Cliente | Fecha | Firma del Personal de Head Start | Fecha |
|                                 |       |                                  |       |



## Head Start and Early Learning Division

### Health History

|  |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|
| LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL OF CHILD   |                          |                          |  | SEX<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F               |                          | DATE OF BIRTH  |                            |                          |
| DELEGATE AGENCY NAME   |                          |                          | SITE NAME/HOME VISITOR NAME  |  |                          | BIRTH ORDER<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Other _____<br><input type="checkbox"/> Foster Child |                            |                          |
| <b>INITIAL HEALTH INSURANCE/MEDICAL HOME INFORMATION</b>   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| HEALTH<br><input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other:                 |                          |                          |  |  |                          | Resources Given<br><input type="checkbox"/> Yes<br><input type="checkbox"/> No   |                            |                          |
| DENTAL<br><input type="checkbox"/> Denti-Cal <input type="checkbox"/> Other:   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| MEDICAL HOME<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |                          | NAME OF MEDICAL PROVIDER |  | TELEPHONE  |                          | DENTAL HOME<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |                            |                          |
|  |                          |                          |  |  |                          | NAME OF DENTAL PROVIDER  |                            |                          |
|  |                          |                          |  |  |                          | TELEPHONE  |                            |                          |
| <b>ANNUAL/SIX MONTH REVIEW</b>   |                          |                          |  | DATE   |                          | DATE   |                            |                          |
|  |                          |                          |  | Yes  | No                       | Yes  | No                         | Yes                      |
| Current Health Insurance   |                          |                          |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Current Dental Insurance   |                          |                          |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Change in Medical Home   |                          |                          |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Change in Dental Home  |                          |                          |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                          |
| IF NO OR CHANGES, INDICATE RESOURCES GIVEN AND OTHER COMMENTS:   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| FAMILY HEALTH INSURANCE AND SOURCE OF HEALTH CARE<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Resources Given <input type="checkbox"/> Yes |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| DATE OF CHILD'S LAST PHYSICAL EXAM OR APPOINTMENT FOR NEXT PHYSICAL EXAM   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| <b>BIRTH HISTORY</b>   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| SPECIFY ANY PROBLEMS DURING PREGNANCY  |                          |                          |  | GESTATION AT BIRTH   |                          | HOSPITAL OF BIRTH  |                            |                          |
| BIRTH WEIGHT<br>Lbs                      Oz  |                          |                          | DELIVERY METHOD<br><input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-Section |  | NUMBER OF HOURS IN LABOR |  | NUMBER OF DAYS IN HOSPITAL |                          |
| <b>DEVELOPMENTAL HISTORY - Report age in months and provide additional information in comments section</b>   |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| At what age did child...?  |                          | Age (mos)                | Comments   | At what age did child...?  |                          | Age (mos)  | Comments                   |                          |
| Hold up head   |                          |                          |  | Walk well without holding on   |                          |  |                            |                          |
| Smiling and Cooing   |                          |                          |  | Play by imitating others   |                          |  |                            |                          |
| Turnover/Roll over   |                          |                          |  | Drink from a cup alone   |                          |  |                            |                          |
| Say ma-ma - da-da with meaning   |                          |                          |  | Toilet trained <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Night |                          |  |                            |                          |
| Sit up alone without support   |                          |                          |  | Eat with fork /chopsticks  |                          |  |                            |                          |
| Crawl  |                          |                          |  | Scribble with crayon, pencil, etc.   |                          |  |                            |                          |
| Play games, i.e., peek-a-boo   |                          |                          |  | Use 2-3 word sentences   |                          |  |                            |                          |
| Pull up to stand   |                          |                          |  | Weaned completely from bottle  |                          |  |                            |                          |
| <b>CHILD'S PAST MEDICAL HISTORY - ✓ Appropriate Column and provide additional information in comments section below</b>                                    |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| Illness/Condition  | Yes                      | No                       | Illness/Condition  | Yes  | No                       | Illness/Condition  | Yes                        | No                       |
| Cancer/Leukemia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Pneumonia  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Chicken Pox  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Rheumatic Fever  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hospitalizations   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Rubella  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Frequent Colds   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney Disease   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Seizures/Convulsions   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Frequent Ear Infections  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lead Poisoning   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Sickle Cell  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Frequent Sore Throats  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Measles  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Speech Problems  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Gastroesophageal Reflux (GER)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningitis   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Surgeries  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hearing Problems   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mumps  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Allergies  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orthopedic Problems  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Visual Problems  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| If Yes, <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Drug <input type="checkbox"/> Other   |                          |                          | Anemia   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Whooping Cough   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Specify Type:  |                          |                          | Treated  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Asthma   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | Resolved   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Asthma Medication  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>COMMENTS for each "Yes Answer"</b>  |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| .....  |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| .....  |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |
| .....  |                          |                          |  |  |                          |  |                            |                          |



|  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--|-----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL OF CHILD   |  |  |           | SEX<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                          | DATE OF BIRTH            |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>INITIAL HEALTH HISTORY</b>  |  |  |           | <b>ANNUAL/SIX MONTH REVIEW</b>                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>CURRENT MEDICAL/BEHAVIORAL HISTORY</b>  |  |  |           | DATE   |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          |
|  |  |  |           | Yes  | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       |
| Is the child presently being treated for any medical, mental health or disabling condition?            |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does child currently require any medications and/or medical procedures?                                |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your child live with anyone who uses tobacco or spend time in any place where people smoke?       |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have concerns about your child's behavior?  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Has the child been referred to or receiving services from a Regional Center?                           |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>CALIFORNIA TB RISK ASSESSMENT PEDIATRICS</b>  |  |  |           | DATE   |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          |
|  |  |  |           | Yes  | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       |
| Foreign-born from a country with an elevated TB rate? (Asia, Africa, Central/South American)           |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immunosuppressed?  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Close contact with someone with infectious TB at any time?   |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Foreign travel or residence > 1 month consecutively in country with elevated TB rate?                  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>DENTAL/ORAL HEALTH HISTORY</b>  |  |  |           | DATE   |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          | DATE                     |                          |
|  |  |  |           | Yes  | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       | Yes                      | No                       |
| Pain/bleeding of teeth or gums?  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Child brushes teeth with a fluoride toothpaste?  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Source of fluoride (tap water, bottled water with fluoride, fluoride supplements, etc)?                |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Child is currently breastfeeding (day or night)?   |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Child is currently bottle feeding (day or night)?  |  |  |           | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>FAMILY MEDICAL HISTORY (IMMEDIATE FAMILY ONLY)</b>  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| NAME OF CONDITION(S)   |  |  |           |  |                          | FAMILY MEMBER            |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>NAME AND SIGNATURE</b>  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| STAFF COMPLETING FORM  |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| STAFF REVIEW IN 45 DAYS  |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| NAME   |  |  | SIGNATURE |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| STAFF REVIEW IN 90 DAYS  |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| NAME   |  |  | SIGNATURE |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| <b>SUBSEQUENT REVIEW</b>   |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| SIGNATURE OF STAFF REVIEWING   |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Changes <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> Referral |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| NOTES  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| SIGNATURE OF STAFF REVIEWING   |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Changes <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> Referral |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| NOTES  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| SIGNATURE OF STAFF REVIEWING   |  |  |           |  |                          | POSITION                 |                          |                          | DATE                     |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Changes <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> Referral |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| NOTES  |  |  |           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



Parent Informed Consent for Service Area Consultation and Services

Referred Service Area(s):

Health Nutrition Mental Health Disabilities Education Family and Community Partnership

I, (Parent Name), authorize (Name/Entity) (Address and Phone Number) to provide the following service(s) to (Name of Child/Parent), with (Date of Birth) I understand that all discussions are confidential... I recognize that when my provider is not licensed... I consent to the services described above...

Table with 3 columns: PRINT NAME (PARENT/STAFF/CLINICAL SUPERVISOR), SIGNATURE, DATE

Additional Comments/Updates (including when parents request additional services):

Large empty box for additional comments/updates

(Attach additional forms when applicable)



Consentimiento Informado Parental Para Obtener Asesoría o Servicios Especializados

Área de Servicio Recomendada:

Form with checkboxes for Salud, Nutrición, Salud Mental, Discapacidades, Educación, and Afiliación entre la familia y la comunidad.

Main consent form body with fields for parent name, authorized entity, address, child name, date of birth, and service details.

Table with 3 columns: Name (Parent, Member, Supervisor), Signature, and Date.

Comentarios/Actualizaciones Adicionales (including additional services requested)

**PERSONAL RIGHTS****Child Care Centers**

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
  - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
  - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
  - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
  - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
  - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
  - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

NAME

ADDRESS

CITY

ZIP CODE

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

**PLACE IN CHILD'S FILE**

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

**ACKNOWLEDGMENT:** I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)



**DERECHOS PERSONALES****Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
  - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
  - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
  - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
  - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
  - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
  - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

**EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:**

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARE AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

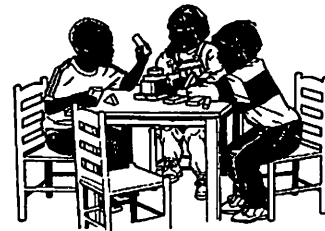
(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

# Community Care Licensing



## CHILD CARE CENTER



### NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

**THIS NOTICE MUST BE POSTED IN A PROMINENT, PUBLICLY ACCESSIBLE AREA OF THE CHILD CARE CENTER**

#### AS A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE, YOU HAVE A RIGHT

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.
7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive from the licensee the Caregiver Background Check Process form.

<http://www.cclcd.ca.gov>

For the Department of Justice  
"Registered Sex Offender" database, go to  
[www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)

**NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.**

Licensing Office Name: \_\_\_\_\_

Licensing Office Address: \_\_\_\_\_



Licensing Office Telephone Number: \_\_\_\_\_



# GUARDERIA INFANTIL



## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

ESTE AVISO TIENE QUE ESTAR COLOCADO EN UN ÁREA DE LA GUARDERÍA INFANTIL QUE SEA FÁCILMENTE VISIBLE Y ACCESIBLE AL PÚBLICO.

### COMO PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO, USTED TIENE EL DERECHO DE:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público de la persona con licencia que la oficina de licenciamiento conserva.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
7. Solicitar que la persona con licencia le informe acerca del nombre y tipo de asociación que tiene la guardería con cualquier persona adulta que haya recibido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener de la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

<http://www.cclld.ca.gov>

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (en inglés, "Registered Sex Offender Database"), vaya a:  
[www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERIA A UN PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.**

Nombre de la Oficina de Licenciamiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina de Licenciamiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la Oficina de Licenciamiento: \_\_\_\_\_



**MOUNTAIN VIEW SCHOOL DISTRICT**  
**Uniform Guidelines**

The Mountain View School District has a mandatory uniform policy in place. We expect all students to follow this policy. We feel that this policy promotes a positive school climate as well as improved academic focus.

**PANTS / SHORTS**

Colors: Navy Blue or Tan (solid colors only)

Style: Fitted at waist or drawstring. Sweats are acceptable, but must be navy blue.

NOTE: Pants must fit at the waist and not be more than one size too large or one size too small. NO OVERSIZED PANTS. Belt buckles with initials are NOT allowed. Walking shorts will not be shorter than mid-thigh, and no longer than the top of the knee. No cut seams, frayed or fringed hems. Fabric should be twill or cotton blend, or corduroy for pants or shorts. NO JEANS!

**SHIRTS / BLOUSES**

Colors: White, Light Blue or Navy (solid colors only) Style: Collared shirts, such as polo, oxford, turtleneck or mock turtleneck (T-shirts, scoop collared, partially collared, sleeveless shirts, midriff, or modified clothes with colored trim will NOT be allowed).

NOTE: Shirts and blouses must be tucked in. NO flannel or patterned shirts may be worn over or under the uniform. Spirit shirts from school may be worn on Fridays.

**SKIRTS / JUMPERS / SKORTS**

Colors: Navy blue or Tan (solid colors only)

NOTE: Skirts / jumpers must be worn with an appropriate uniform shirt, blouse or sweater. Leggings, shorts or tights are acceptable, in uniform colors, under skirts, jumpers or skorts (culottes). Length of skirt must be modest.

**SHOES, SHOE LACES AND SOCKS**

Athletic or regular shoes. No open-toed shoes. Shoes must be in good condition. Socks must be worn at all times. Shoe laces and socks must coordinate with uniform colors.

NOTE: If wearing skorts, socks must be pushed down to the ankle.

**OUTER WEAR**

Colors: NAVY BLUE ONLY

Style: Jackets, sweatshirts, sweaters or vests. NO LOGOS. (No pictures, graphics, writing or company symbols).

Names may be sewn on the outside, script, regular print. NO OLD ENGLISH lettering. Spirit outer wear purchased from site will be allowed

**HATS (allowed only when outside of school buildings)**

Colors: NAVY BLUE ONLY

Style: Full brimmed to provide sun protection (NO logos, wording, pictures, graphics, or symbols)

Failure to wear appropriate uniform may result in a discipline referral. All clothing must be neat, clean and in good shape.

## MOUNTAIN VIEW SCHOOL DISTRICT

### Normas del Uniforme

El Distrito Escolar Mountain View tiene una póliza de uniforme obligatoria. Esperamos que todos los estudiantes sigan esta póliza. Sentimos que esta póliza promueve un ambiente escolar positivo y a la vez el enforque académico.

#### **PANTALONES / SHORTS**

Colores: Azul Marino o Beige (caqui) (solo colores sólidos)

Estilo: Debe quedar bien en la cintura. Los pantalones tipo sudadera son aceptables, pero deben ser azul marino.

NOTA: Los pantalones deben quedar bien en la cintura y no se permiten si son más de una talla mas grande o una talla mas chica de la medida. **NO SE PERMITEN LOS PANTALONES DEMASIDADO GRANDES.** No se permiten hebillas con iniciales. Los shorts deben quedar a entre la mitad del muslo y arriba de la rodilla. El dobladillo no debe estar cortado o deshilachado. La tela debe ser con mezcla de algodón o pana para los pantalones o shorts. **NO SE PERMITEN LOS PANTALONES DE MEZCLILLA.**

#### **CAMISAS / BLUSAS**

Colores: Blancas, Azul Claro o Azul Marino (solo colores sólidos)

Estilo: Camisas con cuello, como polo, oxford, cuello de tortuga o mock (NO se permiten camisetas, escotes, cuello parcial, camisas sin mangas, mostrando el torso o prendas modificadas con orillas de colores.)

NOTA: Las camisas y blusas deben fajarse dentro del pantalón o falda. NO se deben usar camisas de franela o a cuadros encima o debajo del uniforme. Las camisetas de la escuela deben usarse solamente en los días asignados.

#### **FALDAS / JUMPERS / FALDA PANTALÓN**

Colores: Azul Marino o Beige (caqui) (solo colores sólidos)

NOTA: Las faldas/jumpers debe usarse con la blusa apropiada del uniforme o suéter. Los shorts o leotardos son aceptables en los colores del uniforme, debajo de las faldas, jumpers o falda pantalón. El largo de la falda debe ser moderado.

#### **ZAPATOS, AGUJETAS Y CALCETINES**

Se permiten zapatos atléticos o regulares. NO se permiten zapatos destapados de la punta. Los zapatos deben estar en buena condición. Se debe usar calcetines todo el tiempo. Las agujetas y calcetines deben coordina con los colores del uniforme.

NOTA: Si usan shorts, los calcetines deben estar al tobillo.

#### **CHAMARRAS**

Colores: AZUL MARINO SOLAMENTE

Estilo: Chamarra, sudadera, suéter o chaleco. **NO EMBLEMAS.** (No fotos, dibujos, escritura o símbolos de compañías.)

Los nombres se pueden bordar por fuera en letra de molde regular. **NO SE PERMITEN LETRAS DE TIPO INGLES ANTIGUO.\*** Se permiten las chamarras que se compran en la escuela.

#### **CACHUCHAS (permitidos únicamente fuera del edificio escolar)**

Colores: AZUL MARINO SOLAMENTE

Estilo: Con visera par protección solar (NO emblemas, escritura, dibujos, símbolos de compañías)

El no usar el uniforme apropiadamente, puede tener como resultado una recomendación disciplinaria. Todas las prendas deben estar bien arregaladas, limpias y en buena condición.



## Head Start - State Preschool

### DENTAL EXAM FORM

|                                       |  |               |                            |
|---------------------------------------|--|---------------|----------------------------|
| LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL | SEX<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DATE OF BIRTH | NAME OF PARENT OR GUARDIAN |
|---------------------------------------|--|---------------|----------------------------|

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| DELEGATE AGENCY NAME | SITE NAME |
|----------------------|-----------|

**TO BE COMPLETED BY DENTIST**

DENTAL EXAMINATION ADMINISTERED BY (TYPE OR PRINT NAME)

|           |                  |
|-----------|------------------|
| SIGNATURE | TELEPHONE NUMBER |
|-----------|------------------|

ADDRESS

**DENTAL SERVICES PROVIDED**

| DATE OF EXAM | Diagnostic/Preventive Services | Yes | No | Counseling/Anticipatory Guidance  |
|--------------|--------------------------------|-----|----|---|
|              | Examination                    |     |    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                      |
|              | X-rays                         |     |    | <b>Referral to Specialty Care</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|              | Risk Assessment                |     |    |   |
|              | Cleaning                       |     |    |   |
|              | Flouride Varnish               |     |    | PLEASE SPECIFY SPECIALIST   |
|              | Dental Sealants                |     |    |   |

**DENTAL DIAGNOSIS**

|  | Yes | No | Additional Comments/Other Diagnosis: |
|--|-----|----|--------------------------------------|
| Normal Examination - No Treatment Needed |     |    |                                      |
| Dental Treatment Needed                  |     |    |                                      |
| Cavities                                 |     |    | Number of Cavities                   |
| Early Childhood Caries                   |     |    |                                      |
| Gum Disease                              |     |    |                                      |

**DENTAL TREATMENT**

|                              | Yes | No | Treatment/Restrictions/Recommendations for School |
|------------------------------|-----|----|---|
| Dental Treatment Initiated   |     |    |   |
| All Treatment Completed      |     |    |   |
| DATE OF NEXT TREATMENT VISIT |     |    |   |

**NEXT DENTAL EXAMINATION**

| 6 Months                 | 12 Months                | Other (Please Explain)   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF**

|  |          |      |
|--|----------|------|
| SIGNATURE OF STAFF COMPLETING 1ST REVIEW (45 DAYS) | POSITION | DATE |
| SIGNATURE OF STAFF COMPLETING 2ND REVIEW (90 DAYS) | POSITION | DATE |

HEAD START FOLLOW-UP

.....

.....

.....

.....

|   |                          |               |
|---|--------------------------|---------------|
| REFERRED FOR FOLLOW-UP TO<br><input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Family Services <input type="checkbox"/> Other | RECEIVED BY (PRINT NAME) | DATE RECEIVED |
|---|--------------------------|---------------|

Head Start/State Preschool and Children's Center  
**CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**  
Child Care Centers or Family Child Care Homes

**As The Parent Or Authorized Representative, I Hereby Give My Consent To:**

MOUNTAIN VIEW HEAD START/STATE PRESCHOOL AND CHIDREN'S CENTER to provide all emergency medical or dental services for \_\_\_\_\_  
(NAME OF CHILD)

**This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb or well being of the child named above.**

The child has the following medications or allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado de California/Servicios Humanos y de Salud

Head Start/State Preschool and Children's Center  
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA**  
Centro de Cuidado de Niño u Hogares de cuidado de Niños

**Como padre o representante autorizado, por medio de la presente le doy mi Consentimiento a:**  
MOUNTAIN VIEW HEAD START/STATE PRESCHOOL Y CHILDREN'S CENTER para prestarle servicios medicos o dentales de emergencia a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño/a)

**Este cuidado puede ser dado bajo cualquier condición necesaria para preservarle la vida, extremidad o bienestar del niño/a previamente mencionado.**

Medicamentos y/o alergias del niño/a:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE DATE

\_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS/DOMICILIO

( ) \_\_\_\_\_  
HOME PHONE/TELÉFONO DE CASA

( ) \_\_\_\_\_  
WORK PHONE/TELÉFONO DEL TRABAJO



**Mountain View School District Social Services**  
**Procedures for Late Pick-up and Late-Arrival**  
**Emergency Forms**

**Performance Standard: 1302.16 Attendance**

**Purpose:** *To ensure all preschool students arrive to school, are signed in and picked up from school on time by an authorized Parent, Guardian, or family member over the age of 18-year old as noted on the Emergency Form.*

**Teacher Procedures:** The Head Start/Preschool teacher will establish a rapport with families and inform them of the Late Pick-up and Late-Arrival procedures at the annual Classroom Orientation and Back-to-School night presentations. A student is considered a late pick-up when the parent is 10-minutes late after school is dismissed. A student is considered a late-arrival when the parent is 15-minutes late once school has commenced. The preschool teacher must notify the main Head Start office (626) 652-4250, and report the late pick-up to the Family Service Worker (FSW) assigned to the classroom. After calling the main office, the teacher will begin to call all contacts on the emergency card. The certificated employee is responsible for the safety of the student until the student is picked up at noon or 4:00 pm, and transferred over to the FSW, Social Service Facilitator or Site Administrator.

**Main Office/Family Service Worker Procedures:**

1. When a student is not picked up on time, inform the Main Office and FSW by calling the Head Start Main Office at (626) 652-4250.
2. Upon a late pick-up notification by the Head Start teacher, the FSW will support with phone calls to the home using the emergency card information. The front office will notify the administration and if unavailable the Principal Designee will be notified.

| Late Pick-Up times           | Late-arrival times           |
|------------------------------|------------------------------|
| AM classes: by 11:40 am.     | AM classes: by 8:15 am.      |
| PM classes: by 3:40 pm.      | PM classes: by 12:15 pm.     |
| Full-day classes: by 2:40 pm | Full-day classes: by 8:15 am |

**For Late Picks-Ups only:** After calling the main office, the teacher will begin to call all contacts on the emergency card at the site.

**First Infraction of a late pick-up:** The morning Head Start Teacher will wait with the student until the parent arrives, then take an adjusted lunch time, if needed. The morning Head Start Teacher will wait with the student until 12:00 noon. The afternoon Head Start Teacher will stay with the child until 4:00 pm. The Family Service Worker will arrive prior to 12:00 noon, 3:00pm. (for full-day program) or 4:00 pm, to meet with the parent pending that the Family Service Worker is notified by 11:40 am.; 2:40 pm; 3:40 pm. The certificated employee (teacher) is responsible for the safety of the student until the student is picked up or transferred over to the Family Service Worker or Site Administration. The Head Start Teacher will request that the parent wait until the Family Service Worker arrives to meet with the parent to review the late pick-up policy. If needed, a new emergency form will also be given to the parent at the time of every late pick-up.

- The Head Start Teacher must give a written referral to the family for late pick-up, and must request the adult picking up the student sign the referral. Only adults listed on the emergency card, 18-years or older may pick up the preschool student. The staff member will request a proof of identification if the person is someone other than the parent.
- The NCR yellow referral copy will be given to the family, and the white NCR copy will be scanned to the Social Services Department. The scanned referral copy will be placed in the Secretary I's box.

**Second Infraction of a late pick-up:** The Head Start teacher will wait with the student until the Family Service Worker/Administrator arrives. The Head Start Teacher will request that the parent wait until the FSW arrives to meet with the parent to review the late pick-up policy. A new emergency form will also be given to the parent at the time of every late pick-up, if needed. A written referral must be given to the family for late pick-up (See

above). Teacher must write “second infraction” on the referral. The NCR yellow referral copy will be given to the family, and the NCR copy will be scanned to the Social Services Department. The scanned referral copy will be placed in the Secretary I’s box. Secretary I will inform administration. Administration will follow-up with families.

**For Late-arrivals to school:**

Teacher will give a written referral to the family for late-arrival and request the adult dropping off the child to sign the referral. Follow same instructions as a late pick-up for NCR referral distribution. Family Service Workers will not go to the classroom for any late arrivals. Instead, after the 3<sup>rd</sup> Late-arrival referral, the Family Service Worker will contact the family to formally follow up with the referral. After the 4<sup>th</sup> infraction, the Social Service Facilitator will arrange a formal meeting between this family and the Head Start Administrator/Administrative Designee.

**Parent Information:**

Parents will be informed of the Late Pick-up and Late-arrival policy at various Head Start events: Full-Registrations, Orientation meeting, Back-to-School night, Monthly Parent Meetings, Volunteer Training, and Parent Advisory Meetings. The Head Start Parent Handbook supports the Late Arrival and Late Pick-up Policy and will be reviewed at Head Start Class meetings.

**If a Family arrives after Noon hour or 4:00 PM Procedures:**

**Noon Hour:**

The FSW will wait in the Head Start Classroom with the student and wait to speak to the family.

**4:00 pm Hour:** The Family Service Worker (FSW) will inform the Site Administrator or *Administrative Designee* of the late pick up. The FSW will walk the student to the mail school office. The FSW will release the student to the site Administrator.

**If after all attempts have been made to reach an adult on the Emergency Card has failed, then the agency will take Administrative action by calling the local Authorities/El Monte Police Department to accept the student.**

**Emergency Forms**

1. Emergency forms are filled out at the time of full-enrollment. All areas of the form must be filled out completely including medical information. If medical information is not known, then the form must state “unknown”. The emergency contact must list adults 18-years or older. The emergency form is reviewed at least twice per year.
2. **First Update:** The first emergency form update will be reviewed between November and December of the funding year. The FSW will go to the site as scheduled, and review the emergency form with each legal guardian or parent. The parent will initial on the “First Parent Update line” and date the form.
3. **Second Update:** The second emergency form update will be reviewed between Feb. - Mar. of the funding year. The FSW will go to the site as scheduled, and review the emergency form with each legal guardian or parent. The parent will initial on the “Second Parent Update line” and date the form.
4. **During the year:** Parents/legal guardians may make changes on the emergency form. Teachers can provide them with a new emergency form, or parents can be directed to go to the main Head Start Office in person.
  - a. If changes are made at the school site, the Head Start Teacher scans the document to the main office. The FSW assigned to the class will make updates on the: 1. Communication File, 2. Emergency Binder, 3. Child Plus program.
  - b. The parent may also make changes on the emergency form in person at the main office. The FSW assigned will then update the form as stated above. The FSW will scan the form to the Head Start Teacher followed up by a phone call to the Head Start teacher.
5. **Phone calls:** The main office **never** makes changes by parent phone calls due to lack of identification.
6. **During the Year of a Full Revision Emergency Form:** If the emergency form requires a full revision; then the most current form will replace the old form. The old form will be properly be discarded.

**Servicios Sociales del Distrito Escolar Mountain View**  
**Procedimientos para recogida tardía y llegada tardía**  
**Formularios de emergencia**

**Normas de Desempeño: 1302.16 Asistencia**

**Propósito:** *Para garantizar que todos los estudiantes de preescolar lleguen a la escuela, se firme al llegar y se recoga a tiempo por un padre, tutor o miembro de la familia mayor de 18 años de edad como se indica en el formulario de emergencia.*

**Procedimientos del Maestro(a):** El maestro de Head Start / Preescolar Estatal establecerá una relación con las familias y les informará sobre los procedimientos de Recogida Tarde y Llegada Tarde en las presentaciones anuales de Orientación en el salón y Noche de Regreso a la Escuela. Se considera que un estudiante es recogido tarde cuando el padre llega 10 minutos tarde después del horario escolar. Se considera que un estudiante llega tarde cuando el padre llega tarde 15 minutos una vez que la escuela ha comenzado. El maestro de preescolar debe notificar a la oficina principal de Head Start al (626) 652-4250 e informar la recogida tardía al Trabajador de Servicio Familiar (FSW) asignado al salón. Después de llamar a la oficina principal, el maestro comenzará a llamar a todos los contactos en la tarjeta de emergencia. El empleado certificado es responsable de la seguridad del estudiante hasta que lo recojan al mediodía o a las 4:00 p.m., y lo transfieran al FSW, al facilitador de servicios sociales o al administrador del sitio.

**Procedimientos de la oficina principal / trabajador de servicio familiar:**

1. Cuando un estudiante no sea recogido a tiempo, informe a la Oficina Principal y FSW llamando a la Oficina Principal de Head Start al (626) 652-4250.
2. Tras una notificación de recogida tardía por parte del maestro de Head Start, el FSW apoyará con llamadas telefónicas a la casa utilizando la información de la tarjeta de emergencia. La recepción notificará a la administración y, si no está disponible, se notificará al designado principal.

| <b>Horarios de Recogida Tardia</b>    | <b>Horarios de Arribo Tardío</b>      |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| clases AM: a las 11:40 am.            | clases AM: a las 8:15 am.             |
| clases PM: a las 3:40 pm.             | clases PM: a las 12:15 pm.            |
| Clases de día Completo: a las 2:40 pm | Clases de día Completo: a las 8:15 am |

**Para Recogidas Tardías Solamente:** *Después de llamar a la oficina principal, el maestro comenzará a llamar a todos los contactos en la tarjeta de emergencia en el sitio.*

**Primera infracción de una recogida tardía:** el maestro de Head Start de la mañana esperará con el estudiante hasta que llegue el padre, luego tomará un horario de almuerzo ajustado, si es necesario. El maestro de Head Start de la mañana esperará con el estudiante hasta las 12:00 del mediodía. El maestro de Head Start de la tarde, permanecerá con el niño hasta las 4:00 pm. *El trabajador de servicio familiar llegará antes de las 12:00 del mediodía, 3:00 pm. (para el programa de día completo) o 4:00 pm, para reunirse con los padres hasta que se notifique al trabajador de servicio familiar antes de las 11:40 a.m.; 2:40 pm; 3:40 pm. El empleado certificado (maestro) es responsable de la seguridad del estudiante hasta que el estudiante sea recogido o transferido al Trabajador de Servicio Familiar o la Administración del Sitio. El maestro de Head Start solicitará que los padres esperen hasta que llegue el trabajador de servicio familiar para reunirse con los padres para revisar la política de recogida tardía. Si es necesario, también se entregará un nuevo formulario de emergencia a los padres en el momento de cada recogida tardía.*

- El maestro de Head Start debe dar una referencia escrita a la familia debido a la recogida tardía y debe solicitar que el adulto que recoja al estudiante firme la referencia. Solo los adultos que figuran en la tarjeta de emergencia, mayores de 18 años pueden recoger al estudiante de preescolar. El miembro del personal solicitará una prueba de identificación si la persona es otra persona que no sea el padre.
- La copia de referencia amarilla de NCR se entregará a la familia y la copia blanca de NCR se escaneará al Departamento de Servicios Sociales. La copia de referencia escaneada se colocará en la caja del Secretario I.

**Segunda infracción de una recogida tardía:** el maestro de Head Start esperará con el estudiante hasta que llegue el trabajador de servicio familiar/ administrador. El maestro de Head Start solicitará que los padres esperen hasta que llegue el

FSW para reunirse con los padres para revisar la política de recogida tardía. Un nuevo formulario de emergencia también se le dará a los padres en el momento de cada recogida tardía, si es necesario. Se debe dar una referencia por escrito a la familia debido a la recogida tardía (ver arriba). El maestro debe escribir "segunda infracción" en la referencia. La copia de referencia amarilla de NCR se entregará a la familia y la copia de NCR se escaneará al Departamento de Servicios Sociales. La copia de referencia escaneada se colocará en la caja del Secretario I. El Secretario informará a la administración. La administración hará un seguimiento con las familias.

### **Para arriros tardíos a la escuela:**

El maestro dará una referencia escrita a la familia debido a la llegada tardía y solicitará que el adulto que deje al niño firme la referencia. Seguirá las mismas instrucciones que la recogida tardía para la distribución de referencias de NCR. Los trabajadores de servicios familiares no irán al salón de clase por llegadas tardías. En cambio, después de la tercera referencia de llegada tardía, el trabajador de servicio familiar se comunicará con la familia para hacer un seguimiento formal de la referencia. Después de la cuarta infracción, el Facilitador del Servicio Social organizará una reunión formal entre esta familia y el Administrador / Designado Administrativo de Head Start.

### **Información Para Padres:**

Los padres serán informados de la política de recogida tardía y llegada tardía en varios eventos de Head Start: inscripciones completas, reunión de orientación, noche de regreso a la escuela, reuniones mensuales de padres, capacitación de voluntarios y reuniones de asesoramiento para padres. El Manual para padres de Head Start respalda la Política de llegada y recogida tardía y será revisado en las juntas de salón de Head Start.

### **Si una familia llega después del mediodía o de las 4:00 p.m. Procedimientos:**

#### **Hora del mediodía:**

El FSW esperará en el salón de Head Start con el estudiante y esperará para hablar con la familia.

**4:00 pm Hora:** El trabajador de servicio familiar (FSW) informará al administrador del sitio o la persona administrativa designada de la recogida tardía. El FSW acompañará al estudiante a la oficina principal de la escuela. El FSW entregará al estudiante al Administrador del sitio.

**Si después de todos los intentos de comunicarse con un adulto en la Tarjeta de Emergencia ha fallado, la agencia tomará medidas administrativas llamando a las Autoridades locales / Departamento de Policía de El Monte para aceptar al estudiante.**

### **Formularios de emergencia**

1. Los formularios de emergencia se llenan al momento de la inscripción completa. Todas las áreas del formulario deben completarse por completo, incluida la información médica. Si no se conoce la información médica, el formulario debe indicar "desconocido". El contacto de emergencia debe incluir adultos mayores de 18 años. El formulario de emergencia se revisa al menos dos veces al año.
2. Primera actualización: la primera actualización del formulario de emergencia se revisará entre noviembre y diciembre del año de financiación. El FSW irá al sitio según lo programado y revisará el formulario de emergencia con cada tutor legal o padre. El padre iniciará en la "Primera línea de actualización del padre" y fechará el formulario.
3. Segunda actualización: la segunda actualización del formulario de emergencia se revisará entre febrero y marzo del año de financiación. El FSW irá al sitio según lo programado y revisará el formulario de emergencia con cada tutor legal o padre. El padre iniciará en la "Segunda línea de actualización del padre" y fechará el formulario.
4. Durante el año: los padres / tutores legales pueden hacer cambios en el formulario de emergencia. Los maestros pueden proporcionarles un nuevo formulario de emergencia, o se puede indicar a los padres que vayan a la oficina principal de Head Start en persona.
  - a. Si se realizan cambios en el sitio escolar, el maestro de Head Start escanea el documento a la oficina principal. El FSW asignado a la clase realizará actualizaciones en: 1. Archivo de comunicación, 2. Archivo de emergencia, 3. Programa Child Plus.
  - b. Los padres también pueden hacer cambios en el formulario de emergencia en persona en la oficina principal. El FSW asignado actualizará el formulario como se indicó anteriormente. El FSW escaneará el formulario al maestro de Head Start seguido de una llamada telefónica al maestro de Head Start.
5. Llamadas telefónicas: la oficina principal nunca hace cambios por llamadas telefónicas de los padres debido a la falta de identificación.
6. Durante el año de revisión completa de formulario de emergencia de: si el formulario de emergencia requiere una revisión completa; entonces la forma más actual reemplazará la forma anterior. La forma anterior se descartará correctamente.