



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Requisitos de Elegibilidad/Certificación

Querido Padre/Tutor,

Gracias por su interés en el Programa Head Start/Preescolar. Adjunto encontrará los formularios de inscripción necesarios. Por favor complete los formularios adjuntos y tráigalos a su cita de inscripción. Al completar los formularios, por favor asegúrese de completar todas las áreas. **Los formularios incompletos retrasarán su cita y pueden retrasar la inscripción de su hijo/a.**

Para asegurarse que está preparado para completar el proceso de registro, por favor recopile la documentación requerida como se indica a continuación y téngala disponible para entregarla al Centro de Preparación Escolar junto con los formularios de registro requeridos. Si tiene preguntas sobre la documentación y/o los formularios requeridos, por favor llámenos al (951) 222-7850 o contáctenos por correo electrónico a hspsoffice@jUSD.k12.ca.us.

Las familias se inscriben en el programa según la elegibilidad de la siguiente manera:

Elegibilidad para la Inscripción	
Head Start	Preescolar Estatal
<ul style="list-style-type: none"> Elegible por ingresos – los ingresos deben estar por debajo del umbral de ingresos según el tamaño de su familia. El niño/a debe tener 3 años de edad. Miembro de la familia es beneficiario de asistencia monetaria de CalWORKS o SNAP Miembro de la familia recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) La familia está experimentando la falta de vivienda. El niño/a tiene una discapacidad y un IFSP/IEP actual/activo El niño/a es colocado en cuidado de crianza 	<ul style="list-style-type: none"> Eligible por ingresos – los ingresos deben estar por debajo del umbral de ingresos según el tamaño de su familia. El niño/a debe tener 3 o 4 años de edad para el 1º de diciembre del año de inscripción. La familia es receptora de ayuda actual. El niño/a es receptor de CPS o está en riesgo El niño/a tiene una discapacidad y un IFSP/IEP actual/activo Experimentando falta de vivienda Miembro del hogar recibe beneficios del gobierno de programas con verificación de recursos.

Prioridades de Inscripción	
Head Start	Preescolar Estatal
<ul style="list-style-type: none"> Niños de 4 años de edad que residen en los límites de asistencia del Distrito Escolar Unificado de Jurupa La selección para la inscripción se basa en múltiples factores una vez que los niños han sido certificados y puestos en la lista de espera. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Niños de 3 o 4 años de edad que son receptores de CPS o están en riesgo 7. Niños de 3 o 4 años de edad con necesidades excepcionales (IFSP/IEP actual/activo). 8. Niños de 4 años de edad no matriculados en TK que están regresando al programa 9. Niños de 4 años de edad en orden de clasificación de ingresos (de menor a mayor) 10. Niños de 3 años de edad en orden de clasificación de ingresos (de menor a mayor)

Se deben proporcionar los siguientes artículos para determinar su elegibilidad para el Programa Head Start/Preescolar:

Verificación de Residencia (debe cargarse en Hubbe antes de su cita)

- Se aceptará cualquier pieza de correo fechada dentro de los 30 días que muestre evidencia de una dirección de calle o apartado postal en California.
- Si no tiene hogar, verificación de falta de hogar (si está disponible).

Servicios de Educación Especial (si el niño que está inscribiendo está recibiendo servicios de educación especial a través del Centro Regional o Distrito Escolar)

- IEP actual con página de firma

Verificación de Vacunas

El niño/a debe estar al día con los requisitos de vacunación que incluyen (3) Polio; (4) dTap; (1) MMR; (1) Hib – debe ser en o después del primer cumpleaños del niño/a; (3) Hepatitis B; (1) Varicela. Cualquiera de los siguientes registros es aceptable. Los registros deben estar sellados por el consultorio del médico y deben ser legibles. Se aceptan copias impresas del consultorio del médico.

- Registro de vacunas del médico
- Tarjeta Amarilla

Verificación del Examen Físico Actual

El examen físico debe haberse completado en el último año. La documentación de un examen físico actual se requiere anualmente.

- Informe completo del médico. Debe incluir:
 - Prueba de TB completa o Evaluación de riesgo de TB
 - Resultados del análisis de sangre para la anemia y los niveles de plomo (Resultados de plomo a los 24 meses de edad o después; Resultados de la anemia a los 12 meses de edad o después)

Verificación de la Identidad del Padre/Tutor (debe proporcionarse para cada padre incluido en la certificación)

Cualquiera de los siguientes artículos (con imagen):

- Licencia de conducir vigente
- Pasaporte
- Tarjeta de identificación vigente

Verificación de Edad

Cualquiera de los siguientes es aceptable.

Para Head Start, se debe presentar una verificación para cada niño/a que se inscriba en el programa.

Para Preescolar Estatal/Título 1, se debe presentar una verificación para cada niño/a en el tamaño de la familia menor de 18 años de edad.

- Certificado de Nacimiento (original)
- Órdenes judiciales con respecto a la custodia/colocación de los niños
- Documentos de adopción
- Registros de colocación en Cuidado de Crianza
- Registros Escolares, Médicos o de Bienestar Social del Condado (debe mostrar la relación del niño/a con el padre)
- Pasaporte (debe mostrar la relación del niño/a con el padre)
- Otra documentación confiable que demuestre la relación del niño/a con el padre

Verificación de Ingresos – debe proporcionarse para todos los padres en el hogar.

Traiga TODOS los artículos que aplican si solicita Head Start (deben proporcionarse para cada padre en el hogar):

- Formulario W2 o declaración de impuestos federal firmado más recientemente
- Talón de cheque más reciente hasta la fecha de la solicitud con un monto del año hasta la fecha
- Documento de Pasaporte a Servicios del Departamento de Servicios Sociales Públicos (si recibe CalWORKs Cash Aid, CalFresh/SNAP/EBT)
- Verificación de Discapacidad, Desempleo o Compensación Laboral
- Comprobante de Pensión Alimenticia o Manutención de los Hijos si se recibe para sí mismo o para el niño/a que está inscribiendo
- Verificación de pagos del Seguro Social (SSI)
- Verificación de trabajo por cuenta propia incluyendo carta de la fuente de ingresos, declaraciones de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses, tarjeta de negocio y/o volante
- SOLO para el programa de Día Completo** – verificación de empleo de tiempo completo o escuela/capacitación de tiempo completo (debe proporcionarse para recibir la priorización de día completo).

Traiga TODOS los artículos que aplican si solicita la escuela Preescolar Estatal/Título 1 (debe proporcionarse para cada padre en el hogar):

- Talones de cheque de los últimos 2 meses
 - Si recibe pago por horas extras, comisiones o bonos, debe proporcionar los últimos 12 meses de talones de cheque
- Documento de Pasaporte a Servicios del Departamento de Servicios Sociales Públicos (si recibe CalWORKs o Cash Aid)
- Verificación de Discapacidad, Desempleo o Compensación Laboral
- Comprobante de Pensión Alimenticia o Manutención de los Hijos – recibida o pagada.
- Verificación de pagos del Seguro Social (SSI)
- Verificación de trabajo por cuenta propia (declaración de impuestos federales del año fiscal actual o anterior, carta de la fuente de ingresos, declaraciones de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses, tarjeta de negocio y/o volante, licencia comercial, etc.)



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Release of Information

Please read and keep for your reference:

Jurupa Unified School District's Head Start/Preschool Program works in collaboration with the Riverside County Office of Education's Early Education Services Division, the California Department of Education's Early Learning and Care Division, and the Office of Head Start to provide subsidized services to children and families enrolled in the Head Start and State Preschool Programs. To determine initial and ongoing eligibility, the sharing of information between these agencies is necessary to ensure the proper use of state and federal funds and resources and ensure that services are being provided within the scope of each program's requirements. I understand that if the information I provided to determine my eligibility for the Head Start/Preschool Program is found to be fraudulent and/or deceitful, my services may be terminated, and it may impact my ability to receive future services.

In addition to establishing initial and ongoing eligibility for enrollment, the Head Start/Preschool Program also works in collaboration with other community agencies to secure additional services and resources for families. To ensure that families receive support efficiently, the sharing of information between the Head Start/Preschool Program and these community agencies is necessary. Agencies that may be contacted to support family needs include, but are not limited to, the Department of Public Social Services, First 5 Riverside County, Riverside County Child Care Consortium, Referring/Primary Physicians, Emergency Shelters, Regional Center and other Social Service agencies whose services are relevant to the family's needs.

Divulgación de Información

Por favor lea y guarde para su referencia:

El programa Head Start/Preescolar del Distrito Escolar Unificado de Jurupa trabaja en colaboración con la División de Servicios de Educación Temprana de la Oficina de Educación del Condado de Riverside, la División de Cuidado y Aprendizaje Temprano del Departamento de Educación de California y la Oficina Nacional de Head Start para brindar servicios subsidiarios a niños y familias inscritas en los programas Head Start y Preescolar Estatal. Para determinar la elegibilidad inicial y continua, es necesario compartir información entre estas agencias para garantizar el uso adecuado de los fondos y recursos estatales y federales y garantizar que los servicios se brinden dentro del alcance de los requisitos de cada programa. Entiendo que, si se descubre que la información que proporcione para determinar mi elegibilidad para el Programa Head Start/Preescolar es fraudulenta y/o engañosa, mis servicios pueden ser terminados y esto puede afectar mi capacidad para recibir servicios futuros.

Además de establecer la elegibilidad inicial y continua para la inscripción, el Programa Head Start/Preescolar también trabaja en colaboración con otras agencias comunitarias para asegurar servicios y recursos adicionales para las familias. Para garantizar que las familias reciban apoyo de manera eficiente, es necesario compartir información entre el Programa Head Start/Preescolar y estas agencias comunitarias. Las agencias a las que se puede contactar para apoyar las necesidades de la familia incluyen, entre otras, el Departamento de Servicios Sociales Públicos, los Primeros 5 del Condado de Riverside, el Consorcio de Cuidado Infantil del Condado de Riverside, los Médicos de Referencia/Primarios, Refugios de Emergencia, Centro Regional y otras agencias de Servicios Sociales cuyos servicios son relevantes para las necesidades de las familias.



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Photo/Media Release

Please read and keep for your reference:

JUSD's Education Services Department occasionally has requests from news agencies to photograph and/or videotape students for education related issues. JUSD Education Services also creates videos that may use students to demonstrate education strategies or practices. In some instances, there may be a need to collect exemplary products, photos and/or videos of students in the classroom or library that are published on the JUSD or JUSD Teacher website and/or distributed to teachers or other educational institutions. All images and products are used solely for educational purposes and will never be sold or used for any commercial venture.

As a part of the Head Start/Preschool Program, your child's image is also used in the classroom for documentation, art projects, classroom displays, the Jurupa Unified School Districts website, school promotional materials, and as a part of the electronic portfolio and development assessment process maintained through Learning Genie.

If for any reason you do not grant permission to use your child's image in district/school and/or third-party publications and publish/distribute your child's work/product for educational purposes, please contact the School Readiness Center to discuss whether reasonable adjustments may be required for a student's particular needs.

Publicación de Fotografía

Por favor lea y guarde para su referencia:

El Departamento de Servicios Educativos de JUSD ocasionalmente tiene solicitudes de agencias de noticias para fotografiar y/o grabar en video a los estudiantes por cuestiones relacionadas con la educación. Los Servicios Educativos de JUSD también crean videos que pueden usar a los estudiantes para demostrar estrategias o practicas educativas. En algunos casos, puede ser necesario recopilar productos, fotos y/o videos ejemplares de los estudiantes en el salón de clases o la biblioteca que se publican en el sitio web JUSD o JUSD Teacher y/o se distribuyen a los maestros u otras instituciones educativas. Todas las imágenes y productos se utilizan únicamente con fines educativos y nunca se venderán o usarán para ninguna empresa comercial.

Como parte del Programa Head Start/Preescolar, la imagen de su hijo/a también se usa en el salón de clases para documentación, proyectos de arte, exhibiciones en el salón de clases, el sitio web del Distrito Escolar Unificado de Jurupa, materiales promocionales escolares y como parte del portafolio electrónico y el proceso de evaluación del desarrollo mantenido a través de Learning Genie.

Si por alguna razón no otorga permiso para usar la imagen de su hijo/a en publicaciones del distrito/escuela y/o publicaciones de terceros y publicar/distribuir el trabajo/producto de su hijo/a con fines educativos, por favor comuníquese con el Centro de Preparación Escolar para analizar si se pueden requerir ajustes razonables para las necesidades particulares de un estudiante.



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Acuerdo de Padre/Guardián

Por favor lea y guarde para su referencia:

El Programa Head Start/Preescolar brinda servicios integrales de aprendizaje temprano para satisfacer las diversas necesidades de los niños y las familias. Nuestro programa cree que el hogar proporciona el entorno principal para el aprendizaje y tiene la mayor influencia en los niños. Debido a esto, vemos a los padres/familia como nuestros socios en el diseño del programa más apropiado para sus hijos. Se anima a los padres/tutores a colaborar con el personal en la entrega de la gama completa de servicios del programa disponibles para las familias. Se requiere que los padres/tutores proporcionen al programa información de contacto actualizada, incluyendo números de teléfono y correo electrónico, para garantizar que la información relacionada con el programa y el niño/a se pueda entregar a tiempo.

Todos los salones de clase de Head Start/Preescolar tienen licencia del Departamento de Servicios Sociales, División de Licencias de Atención Comunitaria (CCLD). Para garantizar que nuestros salones de clase funcionen de acuerdo con las normas de CCLD, CCLD tendrá autoridad de inspección como se especifica en las Secciones 1596.852 y 1596.853 del Código de Salud y Seguridad de California. Las secciones 1596.852 y 1596.853 del Código de Salud y Seguridad otorgan la autoridad a los representantes de Licencias de Atención Comunitaria para acceder al Centro para determinar el cumplimiento continuo de las reglamentaciones de Licencias de Atención Comunitaria, para realizar visitas anunciadas y no anunciadas al Centro para investigar todas las quejas orales y escritas, para revisar registros del niño/a y del programa, para realizar la inspección de los niños y para realizar entrevistas privadas con los niños. Todos los informes de licencias se mantienen en el Centro de Preparación Escolar de Prekínder y están disponibles para revisión pública por 3 años.

Cuando inscribe a su hijo/a en el Programa Head Start/ Preescolar, acepta los servicios que se ofrecen como parte de la inscripción. Mientras este inscrito en el programa Head Start/Preescolar, sus responsabilidades como padre/tutor incluyen:

- **Seguir los procedimientos del programa** y dejar y recoger a su hijo/a en los horarios asignados.
- **Establecer** un patrón de asistencia regular a la escuela y traer a su hijo/a a la escuela todos los días.
- **Trabajar** con los maestros, el personal y otros de manera cooperativa.
- **Guiar** a mi hijo/a con amor y respeto. Apoyar las técnicas de gestión del salón de clases que no incluyen el castigo físico o verbal.
- **Aprovechar** los programas diseñados para aumentar mi conocimiento sobre el desarrollo infantil y apoyar el aprendizaje de mi hijo/a en casa.
- **Mostrar** respeto y cortesía a los miembros del personal y otros padres.
- **Participar** en reuniones de padres para mantenerse informado sobre las actividades en el salón de clases y el programa.
- **Asistir** a la capacitación de voluntarios y seguir las pautas del programa si planea ser voluntario en el salón de clases.
- **Obtener** los requisitos de salud para mi hijo/a de manera oportuna cuando lo solicite el programa.
- **Colaborar** con el programa para asegurar servicios y apoyos apropiados basados en las necesidades identificadas de mi hijo/a.
- **Mantener** abiertas las líneas de comunicación con el programa y mantener actualizados los números de contacto y las direcciones de correo electrónico.



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Late Drop-Off / Pick-Up Policy

Please read and keep for your reference:

Parents/guardians must observe beginning and ending times for the class to ensure they are able to drop-off and pick-up their child on time. For your child to fully benefit from the Head Start/Preschool Program, please make necessary arrangements to drop your child off promptly at the start of class and pick him/her up on time. Please notify the SRC office if you know you are going to be late in arriving or picking up your child. Children who are not picked up at the scheduled end time of class will receive a Late Drop-Off/Pick-Up Notice. Three late notices will require parents/guardians to meet with the Early Childhood Specialists or Coordinator of Early Childhood Education to discuss concerns related to late drop-off/pick-up and develop a plan to adhere to the drop-off/pick-up times in the future.

For children who are in attendance more than 10 minutes past class end time, attempts will be made to contact parents/guardians and emergency contacts. If you are late picking up your child, your child will be taken to the Main Office of the Elementary Campus to await your arrival.

Parents/guardians are expected to adhere to the following policies related to drop-off and pick-up:

- A parent/guardian or other authorized adult over 18 years of age is expected to drop off and pick-up children promptly at the beginning and end of class.
- When a child is picked-up late, a late drop off/pick-up notice will be issued. Children arriving late to school on a consistent basis will be issued a late drop-off notice.
- Three notices will require a conference with the teacher. The conference will include a review of the policy and an update to the family's emergency card and/or authorized pick-ups.
- If three more late pick-up notices are issued, a conference with the Early Childhood Specialists or Coordinator of Early Childhood Education will be scheduled. Excessive tardiness will result in the re-evaluation of your family's need for continued enrollment and your child may be terminated from the program.
- In the event that a child is not picked up by 30 minutes after the end of class, and attempts have been made to contact the parent/guardian and emergency contacts, this will constitute an emergency situation and the program will take steps to assure the safety of the child which may include contact with the local police department and/or Child Protective Services.

Política de Dejar / Levantar Tarde

Por favor lea y guarde para su referencia:

Los padres/guardianes deben observar los horarios de inicio y finalización de la clase para asegurarse de que puedan dejar y levantar a sus hijos a tiempo. Para que su hijo/a se beneficie plenamente del Programa Head Start/Preescolar, haga los arreglos necesarios para dejar a su hijo/a puntualmente al comienzo de la clase y levantarlo a tiempo. Por favor notifique a la oficina de SRC si sabe que llegara tarde para dejar o levantar a su hijo/a. Los niños que no sean levantados a la hora programada de finalización de clase recibirán un Aviso de Dejar/Levantar Tarde. Tres avisos tardíos requerirán que los padres/guardianes se reúnan con los Especialistas de Infancia Temprana o el Coordinador de Educación Infantil Temprana para hablar sobre las inquietudes relacionadas con dejar/levantar tarde y desarrollar un plan para cumplir con los horarios en el futuro.

Para los niños que asisten más de 10 minutos después de la hora de finalización de la clase, se intentara comunicarse con los padres/tutores y los contactos de emergencia. Si llega tarde a levantar a su hijo/a, su hijo/a será llevado a la Oficina Principal de la escuela para esperar su llegada.

Se espera que los padres/tutores cumplan con las siguientes políticas relacionadas con dejar y levantar:

- Se espera que un padre/tutor u otro adulto autorizado mayor de 18 años de edad deje y levante a los niños puntualmente al comienzo y al final de la clase.
- Cuando se levanta tarde a un niño, se emitirá un aviso de dejar/levantar tarde. Los niños que lleguen tarde a la escuela de manera constante recibirán un aviso de llegada tardía.
- Tres avisos requerirán una conferencia con el maestro. La conferencia incluirá una revisión de la política y una actualización de la tarjeta de emergencia de la familia y/o recogidas autorizadas.
- Si se emiten tres avisos más de recogida tardía, se programará una conferencia con los Especialistas de Infancia Temprana o el Coordinador de Educación Infantil Temprana. Las tardanzas excesivas darán lugar a la reevaluación de la necesidad de su familia de seguir inscrito y su hijo/a puede ser dado de baja del programa.
- En el caso de que no se levante a un niño 30 minutos después del final de la clase, y se hayan hecho intentos de comunicarse con el padre/tutor y los contactos de emergencia, esto constituirá una situación de emergencia y el programa tomara medidas para garantizar la seguridad del niño que puede incluir contacto con el departamento de policía local y/o los Servicios de Protección Infantil.



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Política de Enfermedad y Exclusión

Por favor lea y guarde para su referencia:

Para garantizar la salud y la seguridad de los niños y el personal, se espera que los niños estén libres de enfermedades y enfermedades transmisibles mientras asisten a Head Start/Preescolar. Si un niño se enferma mientras está en la escuela, el maestro se comunicará con el padre/guardián de inmediato y aislará al niño del resto del grupo hasta que lo recojan. El área de aislamiento para los niños enviados a casa debido a una enfermedad puede estar en el salón de clases o en la oficina de salud de la escuela. Si no se puede contactar a un padre/guardián, se contactará a un adulto que figura como contacto de emergencia y/o autorizado para recoger al niño.

Los niños serán enviados a casa por cualquiera de las siguientes razones, signos y/o síntomas:

- Los síntomas impiden que el niño/a participe cómodamente en las actividades del salón de clases.
- Los signos/síntomas requieren mayor atención para el niño/a que la que el personal de Head Start/Preescolar puede proporcionar sin comprometer la salud y seguridad de los otros niños.
- El niño/a tiene alguno de los siguientes signos/síntomas/condiciones:
 - a. **Temperatura:** La temperatura es de 101 grados o más acompañada de cambios de comportamiento (irritabilidad, dolor de garganta, sarpullido, letargo).
 - b. **Síntomas y signos de posible enfermedad grave:** Letargo inusual, tos incontrolable, irritabilidad, llanto persistente relacionado con malestar, dificultad para respirar, silbido al respirar u otros signos inusuales.
 - c. **Diarrea Incontrolable:** Heces líquidas que no pueden contenerse en el pañal (goteando) o que causan “accidentes” frecuentes en niños entrenados para ir al baño. El niño puede regresar a la escuela cuando las heces sueltas se pueden contener en el pañal o cuando el niño ya no tiene “accidentes” y la frecuencia no es más de 2 deposiciones por encima de lo normal durante el día del programa.
 - d. **Vómito:** Vómito más de dos veces en las 24 horas previas a menos que se determine que el vómito es causado por una condición no infecciosa.
 - e. **Llagas en la boca con babeo que el niño no puede controlar:** A menos que su médico principal de atención o la autoridad de salud pública indique que el niño no es infeccioso.
 - f. **Sarpullido con fiebre o cambios de comportamiento:** Hasta que el médico de cabecera determine que la enfermedad no es infecciosa.
 - g. **Ojo Rosado (conjuntivitis bacteriana):** El niño será excluido si experimenta dolor en el ojo, fiebre o enrojecimiento e hinchazón alrededor de los párpados y no ha comenzado la prescripción para el tratamiento.
 - h. **Dolor abdominal:** Para el dolor que continúa durante más de dos horas o dolor intermitente asociado con fiebre u otro síntoma de enfermedad.
 - i. **Tuberculosis:** Excluido hasta que el proveedor de atención médica o el funcionario de salud indique que el niño puede regresar a la clase.
 - j. **Sarna, Piojos u otras infestaciones:** Tras la identificación de piojos u otra infestación, se notificará al padre/guardián, de manera confidencial, al final del día escolar. El niño puede regresar a la escuela después de que haya comenzado el primer tratamiento. Llame a la enfermera al (951) 222-7850 para ayuda con la intervención.
 - k. **Impétigo:** Cubra las lesiones. El niño puede regresar a la escuela después del primer tratamiento. El tratamiento puede retrasarse hasta el final del día del programa.
 - l. **Faringitis Estreptocócica u otro Streptococo:** El niño puede regresar a la escuela 24 horas después de comenzar el tratamiento con antibióticos.
 - m. **Varicela:** El niño puede regresar cuando todas las lesiones se hayan secado o formado costras (usualmente 6 días después del inicio o la erupción) y no hayan aparecido lesiones nuevas durante al menos 24 horas.
 - n. **Tos Ferina:** Excluido hasta después de 5 días de tratamiento antibiótico apropiado.
 - o. **Paperas:** Excluido hasta 5 días después de la inflamación de la glándula parótida.
 - p. **Virus de la Hepatitis A:** Excluido hasta una semana después del inicio de la enfermedad o ictericia si los síntomas del niño son leves o según lo indique el departamento de salud.
 - q. **Sarampión:** Excluido hasta 4 días después del inicio de la erupción.
 - r. **Rubeola:** Excluido hasta 7 días después del inicio de la erupción.

Durante el curso de cualquier brote identificado de cualquier enfermedad transmisible en el centro, se excluirá a un niño si el funcionario de salud local o el proveedor de atención médica determina que el niño está contribuyendo a la transmisión de la enfermedad en el centro.



**Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool
Política de Asistencia**

Por favor lea y guarde para su referencia:

¡Felicidades por haber sido seleccionado para la inscripción en los Programa Head Start! Nos entusiasma ofrecerle esta oportunidad ya que será una parte significativa del éxito futuro de su niño. **Deseamos dar énfasis a lo que significa la asistencia diaria y las consecuencias negativas del absentismo crónico (la falta del 10 por ciento o más de días de clases que equivale a menos de dos días por mes) para su niño.**

Entre los resultados de investigaciones realizadas se incluye lo siguiente:

- El 49% de los niños de Head Start/Early Head Start en el Condado de Riverside mostró patrones de absentismo crónico durante el año escolar 2018-2019.
- Los estudiantes con patrones de absentismo crónico tienen dos meses menos de progreso en matemáticas y tres meses menos en lectoescritura.
- Los estudiantes con patrones de absentismo crónico en el preescolar tienen cinco veces más de probabilidad de mostrar patrones de absentismo crónico en 2º grado.
- Los niños de hogares de bajos recursos tienen cuatro veces más de probabilidad de mostrar patrones de absentismo crónico.
- El absentismo crónico en los primeros años de escuela predice con firmeza el absentismo futuro y el fracaso escolar.
- Los padres no están conscientes de los efectos negativos del absentismo y de lo rápido que puede llevar a problemas en los primeros años de escuela.
- Los padres que creen que la asistencia regular al preescolar es importante, tienen niños con mejor asistencia.

Por los motivos antes citados, la asistencia diaria, Todo el Día, Todos los Días, es un requisito de inscripción en el programa. Con esto en mente:

- Se espera que cada estudiante asista cuando menos el 90 por ciento del tiempo (esto significa un promedio de menos de dos faltas por mes).
- Cuando un estudiante falte, los padres o tutores deben llamar a la oficina de la escuela a más tardar una hora después del inicio de clases para informar de la falta.
- El programa se comunicará con la familia en cualquier momento que un estudiante tenga dos o más faltas consecutivas sin explicación o injustificadas.

Absentismo crónico y seguimiento de asistencia

El absentismo crónico se define como el exceso de faltas en general del 10 por ciento o más de días de clases durante la inscripción del estudiante (por ejemplo, cuando un estudiante asiste menos del 90 por ciento del tiempo). El programa expedirá avisos por el absentismo crónico que pudiera necesitar planes de asistencia por escrito, un plan de alianza con la familia y/o manejo del caso en un esfuerzo por ayudar a las familias a mejorar la asistencia del estudiante. Como parte de los esfuerzos de acercamiento, el programa también podría hacer visitas al hogar en conexión con las notificaciones por escrito y otras formas de contacto directo.

Si a pesar del mejor esfuerzo del programa para ayudar a la familia no mejora la asistencia del estudiante, podría darse un cambio de programa o de alguna manera poner en riesgo la participación en el programa.

Faltas consideradas como justificadas (podría solicitarse verificación)	
Enfermedad del estudiante o de los padres	Emergencia de la familia
Fallecimiento en la familia inmediata	Comparecencia ante un tribunal o visita ordenada por un tribunal
Cita médica o dental del niño	CalWORKS, WIC, Seguro Social, Medi-Cal
Faltas prolongadas debido a emergencias médicas del niño o de los padres (debe solicitarse por escrito, por adelantado, con la documentación apropiada y aprobada por la administración del programa).	
Cualquier otra falta se considera injustificada.	



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Política de Asistencia de Preescolar Estatal/Título 1

Por favor lea y guarde para su referencia:

La asistencia es esencial para el crecimiento y desarrollo de su hijo y su éxito en el Programa Preescolar. Un niño debe estar en la escuela todos los días para proporcionar continuidad de aprendizaje y recibir el mayor beneficio del programa.

Las tardanzas, asistencia irregular y/o el ausentismo excesivo pueden afectar la capacidad de su hijo para aprovechar al máximo el programa y podrían afectar la inscripción de su hijo en el programa. No se proporciona transporte hacia o desde nuestros Programas Preescolares. Los padres/guardianes que necesiten transporte recibirán información sobre las opciones de transporte público si lo solicitan.

Procedimientos de Ausencia:

Si un niño estará ausente, el padre/guardián debe llamar al Centro de Preparación Escolar el PRIMER día de la ausencia y todos los días posteriores que el niño no regrese. Las razones de la ausencia deben ingresarse en el sistema de asistencia (Hubbe o Learning Genie) por cada día que el niño esté ausente.

Tipos de Ausencias:

- **Ausencia Excusada:** es cualquier enfermedad o cuarentena del niño o del padre, emergencia familiar, o pasar tiempo con un padre u otro pariente según lo exija un tribunal de justicia o que sea claramente lo mejor para el niño.
 - **Ausencia debido al tiempo pasado con un padre u otro pariente:** si la ausencia del niño se debe al tiempo pasado con un padre u otro pariente según lo exija un tribunal de justicia, se debe proporcionar una copia de la Orden Judicial al programa para que se conserve en el archivo del niño.
 - **Emergencia Familiar:** es una muerte en la familia, enfermedad de un miembro de la familia inmediata, crisis en el hogar, condiciones climáticas, comparecencia requerida ante el tribunal, falta de transporte, cambio de residencia, cita con una agencia pública.
 - **Día de Mejor Interés:** es una visita con un miembro de la familia, necesita estar con los padres por un día, actividades religiosas o vacaciones. Hay un límite de diez (10) días de mejor interés por año escolar.
- **Ausencia No Excusada:** es cualquier ausencia no definida bajo ausencia excusada.
- **Abandono del Cuidado:** Cuando la familia no ha estado en comunicación con el programa por siete días calendarios consecutivos y no ha notificado al programa sobre la razón por la cual la familia no asiste, el programa usará la información de contacto en el archivo para comunicarse con la familia a través de una variedad de métodos de comunicación con al menos un intento de comunicación por escrito, incluyendo los métodos electrónicos. Dentro de las comunicaciones, se informará a la familia que la falta de comunicación con el programa puede resultar en la terminación de sus servicios de cuidado y aprendizaje temprano.



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Acknowledgement of Waiver to Comingle

Please read and keep for your reference:

An inclusive preschool program is one in which students with special needs can attend school with their typically developing peers. A preschool program that is inclusive is designed to promote success in language, school-readiness skills and social development for both typically developing children as well as students with special needs. As a parent of a child enrolled in the Head Start/Preschool Program, I acknowledge that I have read and understand that my child will be attending an inclusive preschool program if they are enrolled at one of the following sites:

- JUSD/Sunnyslope Elementary State Preschool
- JUSD/Pacific Avenue Elementary

Reconocimiento de renuncia a mezclarse

Por favor lea y guarde para su referencia:

Un programa preescolar inclusivo es aquel en el que los estudiantes con necesidades especiales pueden asistir a la escuela con sus compañeros de desarrollo típico. Un programa preescolar que es inclusivo está diseñado para promover el éxito en el lenguaje, las habilidades de preparación para la escuela y el desarrollo social tanto para los niños con desarrollo típico como para los estudiantes con necesidades especiales. Como padre de un niño inscrito en el Programa Head Start / Preescolar, reconozco que he leído y entendido que mi hijo/a asistirá a un programa preescolar inclusivo si está inscrito en uno de los siguientes sitios:

- JUSD/Preescolar Estatal Primaria Sunnyslope
- JUSD/Primaria Pacific Avenue



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool
Parent Receipts of Program Information
Recibo de Padre de la Información del Programa

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Please review the program information contained in your registration packet and via the links below.

Jurupa Unified School District Head Start/Preschool Family Handbook and RCOE Participant Handbook
Manual Familiar de Head Start/Preescolar y Manual del Participante de RCOE del Distrito Escolar Unificado de Jurupa
<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Pages/Web%20Resources.aspx>

I have received the link to the Family Handbook for the Head Start, State Preschool or Title I Preschool Program my child is enrolled in. I understand it is my responsibility to review the Family Handbook and abide by the program's policies and procedures during my child's enrollment. *He recibido el enlace al Manual Familiar para el Programa Head Start, Preescolar Estatal o Preescolar Titulo I en el que está inscrito mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad revisar el Manual Familiar y cumplir con las políticas y procedimientos del programa durante la inscripción de mi hijo.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Lead Exposure Brochure

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Effects%20of%20Lead%20Exposure.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Effects of Lead Exposure. *He recibido, revisado y entiendo los Efectos de la Exposición al Plomo.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

JUSD Uniform Complaint Procedure

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/UCP.pdf>

I have reviewed, reviewed, and understand the Uniform Complaint Procedure. *He recibido, revisado y entiendo el Procedimiento Uniforme de Quejas.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Open Door Policy

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Open%20Door%20Policy.pdf>

I have reviewed and understand the Open-Door Policy. *He revisado y entiendo la Política de Puerta Abierta.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Illness and Exclusion Policy

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Illness%20and%20Exclusion%20Policy%20-%20Pol%C3%ADtica%20de%20Enfermedad%20y%20Exclusi%C3%B3n.pdf>

I have received and reviewed a copy of the Illness and Exclusion Policy. I understand that I will be required to pick my child up immediately if s/he becomes ill while at school. I also understand that I cannot be reached, an adult listed as an emergency contact and/or authorized pick-up will be contacted to pick up my child. *He recibido y revisado la copia de la Política de Enfermedad y Exclusión. Entiendo que tendré que recoger a mi hijo inmediatamente si se enferma mientras está en la escuela. También entiendo que si no se me puede localizar, se contactara a un adulto que figura como contacto de emergencia y/o autorizado para recoger a mi hijo.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Release of Information

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Release%20of%20Information%20-%20Divulgaci%C3%B3n%20de%20Informaci%C3%B3n.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Release of Information. *He recibido, revisado y entiendo la Divulgación de Información.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Photo/Media Release

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Photo%20Media%20Release%20-%20Publicaci%C3%B3n%20de%20Fotograf%C3%ADa.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Photo/Media Release. I understand that I must contact the School Readiness Center directly if I choose to not grant permission to use my child's image at anytime while my child is enrolled in the program. *He recibido, revisado y entiendo la Publicación de Fotografía. Entiendo que debo comunicarme con el Centro de Preparación Escolar directamente si decido no dar permiso para usar la imagen de mi hijo en cualquier momento mientras mi hijo esté inscrito.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Attendance Policy

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Attendance%20Policies-All.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Attendance Policy for the program my child is enrolled in. I agree to comply with the expectations for attendance and absences while my child is enrolled in the program. *He recibido, revisado y entiendo la Política de Asistencia del programa en el que está inscrito mi hijo. Acepto cumplir con las expectativas de asistencia y ausencias mientras mi hijo esté inscrito en el programa.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Parent/Guardian Agreement

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Parent%20Guardian%20Agreement%20-%20Acuerdo%20de%20Padre%20Guardi%C3%A1n.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Parent/Guardian Agreement. I agree to comply with the expectations outlined in the Parent/Guardian Agreement while my child is enrolled in the program. *He recibido, revisado y entiendo el Acuerdo de Padre/Guardian. Acepto cumplir con las expectativas descritas en el Acuerdo de Padre/Guardian mientras mi hijo esté inscrito en el programa.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Acknowledgement of Waiver to Comingle

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Acknowledgement%20of%20Waiver%20to%20Comingle%20-%20Reconocimiento%20de%20renuncia%20a%20mezclarse.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Acknowledgement of Waiver to Comingle. I understand that the Head Start/Preschool program is inclusive and provides services to typically developing children as well as children with special needs. *He recibido, revisado y entiendo el Reconocimiento de Renuncia para Socializarse. Entiendo que el programa de Head Start/Preescolar es inclusivo y brinda servicios a niños con un desarrollo típico, así como a niños con necesidades especiales.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Late Drop-Off/Pick-Up Policy

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/Late%20Drop-Off%20Pick-Up%20Policy%20-%20Pol%C3%ADtica%20de%20Dejar%20Levantar%20Tarde.pdf>

I have received, reviewed, and understand the Late Drop-Off/Pick-Up Policy and agree to comply with the policy while my child is enrolled in the program. *He recibido, revisado y entiendo la Política de Dejar/Levantar Tarde y acepto cumplir con la política mientras mi hijo esté inscrito en el programa.*

Parent Initials/ Iniciales del Padre: _____

Parent/Guardian Name (Printed)
Nombre del Padre/Guardian (Impreso)

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Guardian

Date
Fecha



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Historial del Desarrollo y la Salud

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial de Salud (las condiciones enumeradas pueden requerir un Plan de Atención)	Si	No	De ser así, favor de explicar
1. ¿Padece el niño de alergias? a. Cuándo come ciertos alimentos b. Cuándo está cerca de animales, pieles, insectos, polvo, etc. c. Cuándo toma ciertos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describe la alergia: _____ Reacción del niño: _____ ¿Necesita medicamento? (circule uno): SI NO Nombre del Medicamento: _____
2. En el último año, ¿ha tenido su hijo/a alguna convulsión o convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿cuándo sucedió por última vez?: _____ ¿Qué medicamento se le dio?: _____
3. ¿Está su hijo bajo tratamiento médico por alguna condición (Asma, diabetes, problemas cardiacos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿para qué condición?: _____ Nombre del medico: _____
4. ¿Está tomando medicamento su hijo/a en este momento? a. ¿Requiere medicamento el niño durante el horario escolar? (De ser así, se requiere un plan de atención)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿qué medicamento toma?: _____ _____
Hitos del Desarrollo	Si	No	De no ser así, favor de explicar o describir
5. ¿Comenzó a caminar su hijo/a de forma independiente entre los 9 y los 14 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Dijo su hijo/a sus primeras palabras entre los 12 y los 26 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Muestra su hijo/a interés en jugar con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Con supervisión, ¿puede su hijo/a usar el baño con éxito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Con la asistencia mínima de un adulto, ¿puede su hijo/a vestirse solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Cree que su hijo/a se está desarrollando aproximadamente al mismo ritmo que otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Características Sociales y Emocionales	Si	No	De ser así, favor de explicar o describir
11. ¿Considera que su niño/a es tímido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Alguna vez ha lastimado su hijo/a a una mascota a propósito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Tiene su hijo/a algún temor que sea extremo o más allá de la edad normal, que cause síntomas físicos o que le impida hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ¿Es su hijo/a muy sensible (sensible al dolor, luces, sonidos, fácilmente molesto/agitado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Su hijo/a golpea, pateo o tira cosa cuando está molesto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ¿Hay algo más que le gustaría decirnos sobre su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE (notas/discusiones con el padre/guardián)



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Historial Alimenticio/Nutricional

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____

Para que podamos satisfacer las necesidades nutricionales de su hijo/a y brindar apoyo/recursos nutricionales, por favor conteste las siguientes preguntas con respecto a los patrones de alimentación de su hijo/a. Si su hijo/a tiene alergias alimenticias o requiere una dieta especial mientras está en la escuela, deberá obtener documentación adicional del médico de su hijo/a. Un miembro del personal del programa le informara sobre cualquier documentación adicional que se necesite después de revisar la información que usted proporcione a continuación.

1. ¿Es su hijo alérgico o intolerante a algún alimento o leche? No Si (*Si es así, se requiere una declaración medica*)
 ¿Qué tipos de alimento o leche se deben eliminar? _____
2. ¿Está siguiendo una dieta especial su hijo que se requiera mientras está en la escuela? No Si (*Si es así, se requiere una declaración medica*)
 ¿Qué alimento debe eliminarse? _____
3. ¿Está tomando medicamento su hijo que se requiera en la escuela? No Si (*Si es así, se requiere un Plan de Cuidados*)
4. ¿Tiene su hijo problemas para masticar o tragar? No Si – *Si es así, por favor explique:* _____
5. ¿Está participando actualmente su hijo en el Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)? No Si
6. ¿Su familia recibe actualmente beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? No Si
7. ¿Hay algún alimento que no le guste a su hijo? No Si - *Si es así, por favor explique* _____
8. ¿Qué alimentos le gustan a su hijo? _____
9. ¿Toma su hijo suplementos de vitaminas o minerales? No Si – *Si es así, ¿de que tipo?* _____
10. ¿Come su hijo tierra, barro u otros artículos que no sean alimentos? No Si – *Si es así, por favor explique:* _____
11. ¿ Su bebe toma biberón? No Si
12. ¿Cuántos vasos de agua bebe su hijo cada día? 1 2 3 4 5 6 7 8
13. ¿A qué hora come su hijo las siguientes comidas y aperitivos?
14. ¿Tiene alguna inquietud sobre el crecimiento, la nutrición o los hábitos alimenticios de su hijo? No Si
Si es así, por favor explique: _____

Comida	Horario	Cuantos días por semana	Comida	Horario	Cuantos días por semana
Desayuno			Aperitivos por la mañana		
Almuerzo			Aperitivos por la tarde		
Cena			Aperitivos antes de acostarse		

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE (*notas/discusiones con el padre/guardián*)



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool Screenings and Assessments Consent

Child's Name/Nombre del niño/a: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

To ensure children are healthy and ready to learn, we are required to conduct health and developmental screenings within the first 45 days of enrollment. These screening allow us to identify health and developmental concerns early and support families with getting access to resources and supports. The results of each screening will be shared with parents/guardians and if follow-up is needed, parents/guardians are responsible for ensuring that treatment is completed, and the results of the treatment are provided to the program. Parents/Guardians will be provided with the necessary form for each screening, which is **required** to be completed by the provider, upon the completion of treatment.

The following screenings/assessments will be conducted on children while enrolled in the program:

- Auditory (Hearing) Screening– within 45 days of enrollment
- Vision (Eyes) Screening - within 45 days of enrollment
- Height/Weight – twice per year
- Developmental Screenings (ASQ-3; ASQ: SE) – completed by parent within 45 days of enrollment.
- Developmental Assessment (DRDP) - ongoing throughout the year

I have read and understand the screenings and assessments consent and understand that I can decline having my child screened for any of the screenings listed below. If I decline having my child screened by the program, I further understand that I will be responsible for providing documentation that it has been done by a physician.

- Auditory Screening – I would like to decline this screening and will provide results within 45 days - Yes No
- Vision (Eyes) Screening – I would like to decline this screening and will provide results within 45 days - Yes No
- Height/Weight – I would like to decline this screening and will provide results by the requested due date - Yes No

Consentimiento para Exámenes y Evaluaciones

Para garantizar que los niños estén saludables y listos para aprender, debemos realizar exámenes de salud y desarrollo dentro de los primeros 45 días de inscripción. Estas evaluaciones nos permiten identificar problemas de salud y desarrollo temprano y ayudar a las familias a obtener acceso a recursos y apoyos. Los resultados de cada evaluación se compartirán con los padres/guardianes y, si se necesita seguimiento, los padres/guardianes son responsables de garantizar que se complete el tratamiento y que los resultados del tratamiento se proporcionen al programa. Los padres/guardianes recibirán el formulario necesario para cada evaluación, que es **requerido** que se complete por el proveedor, al finalizar el tratamiento.

Los siguientes exámenes/evaluaciones se llevarán a cabo en los niños mientras estén inscritos en el programa:

- Evaluación Auditiva (Audición) – dentro de 45 días de inscripción
- Evaluación de la Vista (Ojos) – dentro de 45 días de inscripción
- Altura/Peso – dos veces al año
- Evaluaciones de Desarrollo (ASQ-3; ASQ: SE) – completadas por los padres dentro de 45 días de inscripción.
- Evaluación del Desarrollo (DRDP) – en curso durante todo el año

He leído y entiendo el consentimiento de exámenes y evaluaciones y entiendo que puedo negarme a que mi hijo sea examinado para cualquiera de los exámenes que se enumeran a continuación. Si me niego a que el programa evalúe a mi hijo, entiendo además que seré responsable de proporcionar la documentación de que ha sido realizada por un médico.

- Evaluación Auditiva – Me gustaría rechazar la evaluación y proporcionare los resultados dentro de los 45 días - Si No
- Evaluación de la Visión (Ojos) – Me gustaría rechazar la evaluación y proporcionare los resultados dentro de los 45 días - Si No
- Altura/Peso – Me gustaría rechazar la evaluación y proporcionare los resultados para la fecha de vencimiento solicitada - Si No

Parent/Guardian Name (Printed)
Nombre del Padre/Guardian (Impreso)

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Guardian

Date
Fecha



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool
Autorización para el Intercambio de Información de Salud y Educación

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Casa: _____

Numero de Teléfono: _____ Nombre de la Persona Dando Consentimiento: _____

Descripción: Registros/Información que se Divulgará

Los profesionales de la escuela pueden compartir información protegida sobre la salud y educación con los miembros apropiados del equipo educativo para su uso en la satisfacción de las necesidades educativas y de salud del estudiante. Esto se hará según la "necesidad de saber", de manera confidencial, y también puede incluir comunicación y colaboración entre los proveedores de atención médica y los profesionales de atención médica de la escuela para facilitar este proceso.

Finalidad: Esta información será utilizada para la(s) siguiente(s) finalidad(es):

- Evaluación educativa y planificación y seguimiento de programa
- Obtener los documentos de atención médica requeridos (físicos, resultados de laboratorio, inmunizaciones)
- Evaluación de salud y planificación de los servicios de atención de la salud y el tratamiento en la escuela.
- Evaluación y tratamiento médico

Autorización:

Yo autorizo a los Proveedores de Atención Médica y los Profesionales de Atención Médica Escolar de mi Hijo/a (enumerados a continuación) a intercambiar información/registros de salud y educación para los propósitos mencionados anteriormente.

Proveedores de Atención Médica para Niños

Oficina del Médico
Oficina Dental
Salud Mental/Conductual
Nutricionista

Personal/Departamentos de JUSD

Enfermera del Distrito/Programa
Consultores de Discapacidades y Salud Mental
Proveedores de Salud Conductual
Nutricionista
Dentista/Proveedores Dentales
Departamento de Educación Especial

Doy mi consentimiento para el intercambio o divulgación de la información de salud y educación de mi hijo para los fines descritos anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento al presentar un aviso por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. También entiendo que, si me reuso a firmar, tal reuso no interferirá con la capacidad de mi hijo/a para obtener atención médica o educación.

Firma de la Persona Dando Consentimiento

Relación con el Niño

Fecha



**Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool
Consent to Participate in the Evaluation of Quality Start**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA Y
DE PARTE DE AGENCIAS PREESCOLARES**

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de estudiante personalmente identificable entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside, como esta descrito abajo, consistente con California y las leyes Federales concerniente a la privacidad de dicha información. Si usted esta de acuerdo con la divulgación de información descrita en este documento, firme y regrese esta forma a:

JUSD Pre-K School Readiness Center, 5960 Mustang Lane, Jurupa Valley, CA 92509

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo al preescolar del estudiante nombrado arriba, **JUSD Pre-K School Readiness Center**, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside, para proveer información referente al estudiante nombrado arriba con Departamento de Educación de California Primeros 5 de California. La información es intercambiada para el propósito de la evaluación del programa y del preescolar, programación y planeamiento de servicios. El intercambio de información es una condición para que el financiamiento del programa preescolar sea provisto a la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside. La información será intercambiada entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside con el propósito de proveer un ambiente educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo y apoyo de salud como parte del preescolar de calidad.

La información requerida está limitada a lo siguiente: El origen étnico, idioma primario y los resultados de encuestas de desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE / la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS / Necesidades Especiales (IEP).

VENCIMIENTO

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta diez (10) años a partir de la fecha en este formulario.

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información mas allá de lo acordado o la divulgación adicional de información privada a un tercer partido a menos que el solicitante obtenga otra forma de autorización de su parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y afirma entenderlos al firmar esta forma de consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una revocación por escrito, firmada por usted o por su representante, y enviada a la agencia(s)/personal mencionados arriba. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Es necesario firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir servicios apropiados/especializados adicionales en el ambiente educativo.

Aprobación: _____
Nombre en letra de molde Firma Fecha

Relación de parentesco con el estudiante Área y número de teléfono



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool
Encuesta de capacitaciones y voluntariado

Nombre del niño/a: _____ Nombre del padre/guardián: _____

Sitio: _____

Por favor infórmenos sobre las oportunidades de voluntariado y capacitaciones que le interesan.

Actividades de voluntariado: Puedo ayudar como voluntario con lo siguiente:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Narración de cuentos | <input type="checkbox"/> Lectura a los niños | <input type="checkbox"/> Actividades para grupos pequeños |
| <input type="checkbox"/> Proyectos de Arte | <input type="checkbox"/> Música (Cantar, Bailar, instrumentos musicales) | <input type="checkbox"/> Proyectos de Cocina |
| <input type="checkbox"/> Jardinería | <input type="checkbox"/> Con artículos prestados de la biblioteca | <input type="checkbox"/> Preparación de materiales |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con la hora de comida | <input type="checkbox"/> Proyectos especiales de salón | <input type="checkbox"/> Ayudante en el patio de recreo |
| <input type="checkbox"/> Limpieza interior/externo | <input type="checkbox"/> Consejo de Políticas | <input type="checkbox"/> Tradiciones familiares, cultura o idiomas |
| <input type="checkbox"/> Como escribano para las reuniones | | <input type="checkbox"/> Actividad de participación de los padres del plan de estudios |
- Separar, recortar o dibujar objetos para los planes de lección
- Recolección de artículos para proyectos de arte (como cajas de cereal o de cartón)
- Otro: _____

Capacitaciones: Por favor indique cuáles de los siguientes temas le interesarían si se ofreciera capacitación:

- | | | |
|--|---|--|
| Participación y educación familiar | Crecimiento y desarrollo infantil | Salud y seguridad |
| <input type="checkbox"/> Destrezas de crianza | <input type="checkbox"/> Desarrollo cerebral | <input type="checkbox"/> Educación de salud |
| <input type="checkbox"/> Padres de familia como maestros | <input type="checkbox"/> Hitos del desarrollo | <input type="checkbox"/> La nutrición y actividades físicas |
| <input type="checkbox"/> Conocimiento de finanzas y administración de presupuestos | <input type="checkbox"/> Lenguaje y lectoescritura | <input type="checkbox"/> Seguridad infantil y peatonal |
| <input type="checkbox"/> Destrezas laborales y capacitación | <input type="checkbox"/> Desarrollo socioemocional | <input type="checkbox"/> Preparación para desastres y emergencias |
| <input type="checkbox"/> Estrés y administración del tiempo | <input type="checkbox"/> Preparación para la escuela | <input type="checkbox"/> Prevención del abuso infantil |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | <input type="checkbox"/> Transición del kínder | <input type="checkbox"/> Acceso a cuidado de salud y seguros médicos |
| <input type="checkbox"/> Apoyo a niños con discapacidades | <input type="checkbox"/> Manejo de comportamientos desafiantes | <input type="checkbox"/> Educación de cuidado oral y dental |
| <input type="checkbox"/> Inmigración y servicios legales | <input type="checkbox"/> Disciplina positiva | <input type="checkbox"/> Educación de postparto |
| <input type="checkbox"/> Educación para adultos | <input type="checkbox"/> Comprensión del temperamento de los hijos y padres | <input type="checkbox"/> Prevención/tratamiento de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Recursos y actividades para la comunidad | <input type="checkbox"/> Evaluaciones del niño | <input type="checkbox"/> Educación sobre los productos del tabaco |
| <input type="checkbox"/> Participación de hombres o padres | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consejería de parejas y familiar | | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a familias de personas encarceladas | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Reconozco que el programa ofrece una variedad de oportunidades para mi familia.

(Por favor seleccione uno):

- Tengo la intención de participar e involucrarme en el aprendizaje y desarrollo de mi hijo/a.
- No estoy interesado en ser voluntario o participar en ninguna capacitación ofrecida por el programa en este momento.

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____



Jurupa Unified School District
Head Start Program

Introducción del acuerdo de alianza con la familia

Nombre del niño: _____ **Agencia:** _____

Los programas de Head Start recomiendan ampliamente la participación de padres, ya que creemos que son los primeros y más importantes maestros de sus hijos. La participación de los padres y la familia en los programas consiste en elaborar relaciones y apoyar el bienestar familiar.

Estudios revelan que el éxito de un niño en la escuela está relacionado con la estabilidad familiar. Nuestro objetivo es colaborar con usted para ayudar a su familia a obtener las herramientas necesarias para fortalecer las relaciones familiares, la seguridad familiar, la salud, así como la estabilidad económica para ser autosuficientes y ser los educadores de toda la vida de su hijo.

Trabajaremos con cada familia en la elaboración de una meta familiar para satisfacer las necesidades e intereses individuales de su familia, mediante el establecimiento de un Acuerdo de Alianza con la Familia (FPA por sus siglas en inglés). Nunca es demasiado tarde para desarrollar un plan para trabajar en sus propias metas y sueños, ya sea para usted o para su familia.

Le ayudaremos a identificar los pasos de acción para lograr su meta familiar, así como proporcionar recursos comunitarios para lograr resultados exitosos. Juntos, revisaremos el progreso de su meta de FPA, revisaremos y ajustaremos las estrategias y metas según sea necesario. Si usted tiene un plan o meta existente con otra agencia, por favor compártala con nuestro personal. El FPA es un proceso continuo, siempre y cuando su hijo siga estando en nuestro programa.

Como maestro principal y proveedor de su hijo, su éxito es vital para el éxito de su hijo. Esperamos ansiosos nuestra colaboración e inicio en este recorrido de aprendizaje para todos.

Yo, _____ he recibido la Introducción del acuerdo de alianza con la familia. Entiendo que un miembro del personal se pondrá en contacto conmigo para apoyarme en el desarrollo y progreso de mi Acuerdo de Alianza con la Familia (FPA) según lo requiera la regulación del programa (HSPPS 1302.52).

Firma del padre, tutor o proveedor de cuidado: _____ **Fecha:** _____



Jurupa Unified School District Head Start/State Preschool/Title I Preschool

Plan de apoyo para ir al baño

Queridos Padres/Cuidadores/Guardianes,

El aprender a usar el baño es muy importante y una oportunidad para interacciones significativas. Queremos que este sea un momento exitoso en la vida de su hijo/a. Sabemos que para que esto tenga éxito, la colaboración entre el hogar y la escuela es importante.

Aquí hay algunas señales a las que debe estar atento para saber si su hijo/a está listo para comenzar a usar el baño:

- Enseña interés en ir al baño.
- Sabe reconocer cuando el pañal está mojado o sucio.
- Se mantiene seco por largo periodo de tiempo.
- Poder desvestirse y levantar sus pantalones.
- Poder usar palabras o gestos consistentes para comunicarse,
- Poder limpiarse a sí mismo

Ya que su niño/a se queda seco por varias horas o pide usar el baño entonces podemos empezar!

Entonces el personal de instrucción:

- Animara y dará apoyo, alabara el éxito de su niño/a aprendiendo ir al baño.
- Habrá accidentes y hay que tratarlos como momentos de enseñanza.
- Debemos estar atentos en identificar signos que nos puede ayudar para llegar a tiempo al baño y animar a los niños a ser independientes en cambiarse la ropa.
- Llevar al niño/a al baño regularmente al mismo horario todos los días y cuando sea necesario.
- Comunicación con los padres/guardianes a diario en cómo le fue al niño/a yendo al baño. La comunicación será en persona o en una nota.
- Comprometerse por un mes para enseñar al niño/a a ir al baño y si los padres no pueden, comuníquese con el personal que ahorita no es el tiempo para que sea positivo para el niño/a.
- Después de que el niño/a haya usado dos cambios de ropa se le pondrá pañales pull-up que la clase le dará.
- Si la ropa manchada o sucia no se repone por el padre o guardián el niño/a se le va a poner pañales pull-up.
- Siempre tenga un cambio de ropa en la clase por si el niño/a necesita el cambio.
- La ropa manchada o sucia se pondrá en un área designada fuera del alcance del niño/a.

Los padres o guardianes aceptan a:

- Dar 3 cambios de ropa, incluyendo pantalones y ropa interior, calcetines y zapatos.
- Su niño/a debe usar ropa que es fácil de poner y quitar.
- No mande a su niño/a en ropa de una pieza, medias leggings; los pantalones de asiento y pantalones elásticos son preferidos. Los niños deben poder ponerse la ropa fácilmente o quitarse la ropa
- Aprender a ir al baño debe comenzar en el hogar el fin de semana antes que comiencen las clases para que el niño/a conozca el proceso.
- Ropa manchada o sucia debe reemplazarse al día siguiente.

Nos comunicaremos con la familia sobre cómo progresa el niño/a en aprender a ir al baño. Enseñándolos a ir al baño será de 3 a 4 semanas y luego evaluaremos el progreso de cómo le está yendo a su hijo/a. Si creemos que el niño/a no está listo, el personal y la familia se reunirán para hablar sobre otras estrategias.

Expectativas de las Maestra	Expectativas de los Padres
<ul style="list-style-type: none">• Verbalmente preguntar al niño/a si necesita ir al baño<ul style="list-style-type: none">○ Cada 30 minutos○ Antes y después de regresar de recreo○ Antes y después del tiempo de descanso (clase de día completo)• Alabar el éxito, no avergonzar al niño/a.• Hacer un horario visual.• Usar el mismo idioma como en el hogar.	<ul style="list-style-type: none">• Use ropa cómoda que el niño/a pueda quitarse y ponerse fácilmente.• Ser consistente• Decirle al niño que use el baño• Cuando despierta<ul style="list-style-type: none">○ Después y antes de dormir○ Después y antes de actividades de juego○ Antes de salir de la casa○ Después y antes de comer○ Antes de dormir

Según la información de la página anterior, yo creo que mi hijo/a esta listo para comenzar el proceso de usar el baño
(por favor marque uno): Si No

Nombre del niño/a: _____ Edad: _____ Fecha: _____

¿Cuáles son las palabras que se usan en casa cuando su hijo/a tiene que usar el baño?

¿Tiene su hijo/a algún temor al baño o a que le asistan con su vestimenta? Si así es, por favor explique.

¿Hay alguna información adicional/útil que el personal deba conocer?

Actualizaciones (por favor incluya la Fecha junto a cada actualización):

Reconozco que mi hijo/a esta listo para comenzar el proceso de entrenamiento para usar el baño y acepto hacer lo siguiente:

- Proveer al menos 3 cambios de ropa, incluyendo pantalones, ropa interior, calcetines y zapatos diariamente.
- Hacer que mi hijo/a use ropa que pueda quitarse y ponerse fácilmente.
- No enviar a mi hijo/a a la escuela con ropa de una sola pieza que requiera que mi hijo/a se desnude por completo para usar el baño; las mallas, los pantalones de asiento y los pantalones elásticos son los mejores.
- Comenzar a enseñarle a ir al baño en casa la semana antes de que mi hijo/a comience a ir a la escuela para que se familiarice con el proceso.
- Reemplazar cada prenda sucia el próximo día de asistencia de mi hijo/a cuando la ropa sucia se envíe a casa.

Nombre del Padre/Tutor (Impreso): _____ Firma del Padre/Guardian: _____

Para ser completado por el maestro de clase:

He revisado el plan de uso del baño con el Padre/Tutor y entrara en vigor el _____
(I have reviewed the toileting plan with the Parent/Guardian, and it will go into effect on) Date/Fecha



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA
Head Start/ Preescolar Estatal**

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN LABORAL

Este formulario debe ser completado por cada padre que esté empleado actualmente.

El Distrito Escolar Unificado de Jurupa podría dar servicios al hijo de la persona identificada en seguida. Para documentar elegibilidad, se requiere que se obtenga la siguiente información laboral:

COMPLETADO POR EL PADRE:

Por la presente, yo, _____, doy autorización a mi empleador que proporcione al Distrito Escolar Unificado de Jurupa la siguiente información sobre mi empleo.

_____ Firma del Padre

_____ Fecha

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Numero de teléfono: _____ Horas de atención: _____

COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Esto verifica que _____ es empleado de _____ . Fecha inicial de empleo: _____ .

Empleado es: Asalariado: \$ _____ Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

Al empleado: Se le paga por hora Paga por hora: \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

Se le paga en efectivo: \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

El empleado trabaja: Medio tiempo Horas por semana _____ Tiempo completo Horas por semana _____

El empleado recibe: Propina \$ _____ Comisión \$ _____ Horas extra \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

USO DE OFICINA: Verificado por: _____ Fecha: _____ Puesto: _____



Jurupa Unified School District Head Start/Title 1/State Preschool Program

Examen del físico *Para ser completado por el médico del niño.

En este documento se debe documentar una prueba de tuberculosis o una evaluación de factores de riesgo, además de los resultados de las pruebas de hemoglobina y plomo.

Nombre del niño: _____ Fecha del examen físico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Head Start requiere un examen de salud equivalente al CHDP para ingresar al programa.

Visita periódica del CHDP de:	24 Meses	30 Meses	3 Años	4 Años	5 Años
--------------------------------------	-------------	-------------	-----------	-----------	-----------

Evaluación del factor de riesgo de tuberculosis: No se presentan factores de riesgo; la prueba de tuberculosis no es necesaria

Hematocrito/ Hemoglobina	Fecha:	Resultados:	Anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suplemento de hierro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------	--------	-------------	--	--

Prueba de plomo en la sangre: 24 meses Si no hay registro, realice	Fecha:	Resultados:	Presión arterial:	Fecha:	Resultados: ___ / ___
---	--------	-------------	-------------------	--------	-----------------------

Prueba de tuberculosis	Fecha en que se dio:	Fecha en que se leyó:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha de radiografía del pecho:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
------------------------	----------------------	-----------------------	--	---------------------------------	--

Estatura: (%)	Peso: (%)	Índice de masa corporal:	Circunferencia de la cabeza:
----------------	------------	--------------------------	------------------------------

Visión: Derecho – 20/ _____ Izquierdo – 20/ _____	Estrabismo: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó	Audición: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó
---	--	--

Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó	Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó
Orientación temprana				ESí/Observación de la visión			
Postura/paso				Ears/Evaluación clínica			
Defectos de nacimientos				Evaluación del desarrollo			
Oídos, nariz y garganta				Evaluación de trastorno de espectro autista			
Convulsiones				Vigilancia del desarrollo			
Boca, dientes, dental, nutrición				Evaluación psicosocial y del comportamiento			
Corazón y pulmones				Destrezas de comunicación/ articulación			
Asma				Destrezas cognitivas			
Abdomen (hernia)				Evaluación de depresión materna			

¿Tiene la autorización para entrar al preescolar? Sí No

Anotar cualquier alergia o condiciones crónicas o especiales Ajustes: _____

Lista de medicamento necesario en la escuela (incluya el nombre y dosis del medicamento): _____

Proveedor (con letra de imprenta): _____ Firma: _____

Médico o nombre de la clínica: _____ No. de teléfono: _____

Dirección: _____