

**PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS**  
**DECLARACIÓN DEL TAMAÑO E INGRESOS DE LA FAMILIA (COMPONENTE DE ATENCIÓN AL NIÑO)** (FFY 2015, Rev. 7/14)

Fecha de Recepción por el Centro

Un miembro adulto de la familia debe completar y regresar al centro.

Nombre(s) y Apellido(s) de el/los Niño(s) Inscrito(s)	Centro
---	--------

**PARTE 1: BENEFICIOS**

Si algún miembro de su familia recibe actualmente ayudas de FoodShare Wisconsin, Beneficios en Efectivo de Wisconsin Works, o el Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), **marque el cuadro del beneficio recibido actualmente y escriba el número del caso. Complete la PARTE 3 y devuélvalo a la oficina del centro. No complete la PARTE 2. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la PARTE 2.**

- FoodShare Wisconsin (# de 10 o 16 dígitos)   
  Beneficios en Efectivo de Wisconsin Works (# de 10 dígitos)   
  FDPIR (# de 9 dígitos)

Número de Caso/Número de Tarjeta Quest: \_\_\_\_\_

**PARTE 2: TOTAL TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS**

- Mencione a todos los miembros de la familia, incluyéndose usted mismo y a todos los niños.
- Mencione todos los ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos, seguro social, etc.) enfrente del nombre de la persona que lo recibe. (Los miembros de la familia que sean trabajadores independientes deben reportar ingresos netos). Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.

**Si mencionó un número de caso en la Parte 1, no debe proporcionar información de ingresos.**

1) Nombre Completo		2) Ingresos brutos y con qué frecuencia se reciben																
	Marque si es hijo adoptivo temporal	Ingresos del trabajo antes de deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pagos de bienestar social, Manutención de hijos, o Pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pensiones, Retiro, Seguro Social, SSI, Beneficios para Veteranos	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Todos los demás ingresos recibidos el mes pasado (indicar la frecuencia)	Marque si no tiene ingresos
(Ejemplo) Jane Smith	1	\$200.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150.00	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$200.00 / Anualmente	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>

**PARTE 3: TODAS LAS FAMILIAS**

**Recolección de datos de origen étnico y raza – Completarla es opcional**

De acuerdo con la ley federal, este centro debe hacer las siguientes dos preguntas sobre origen étnico y raza. Sus respuestas son estrictamente para reportes estadísticos y no tendrán efecto sobre la determinación de elegibilidad para beneficios. **Por favor, responda las dos preguntas.**

¿EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S) ES/SON HISPANO(S) O LATINO(S)?     Sí, Hispano o Latino     No, ni Hispano ni Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S):

- Nativo Americano o Nativo de Alaska   
  Negro o Afroamericano   
  Blanco   
  Asiático   
  Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

**FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DE LA FAMILIA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#)**

Si se completa la Parte 2, el adulto que firme el formulario debe mencionar los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social o marcar "Ninguno" si no tiene SS#.

**CERTIFICADO:** Que la anterior información es cierta y correcta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se suministra para recibir fondos federales, que los funcionarios de la agencia pueden verificar la información en este formulario, y el hecho de suministrar información falsa de manera deliberada puede llevar a procesos legales de acuerdo a las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma del Adulto Miembro de la Familia	Fecha de la Firma Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del SS# (o marque "Ninguno" si no tiene SS#)  ***_**_ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
--	-------------------------------	--

**PARA USO ÚNICO DEL CENTRO – Todas las 3 secciones y la Fecha de Vigencia deben completarse**

<b>1) Bases para determinar la elegibilidad</b>  Tamaño de la familia _____ <input type="checkbox"/> Ingresos Totales \$ _____ / _____  <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="radio"/> Beneficios en Efectivo W-2 <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Hijo(s) adoptivo(s) temporal(es)	<b>2) Determinación de elegibilidad</b>  <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducida <input type="checkbox"/> No tiene necesidad	<b>3) Iniciales del oficial que hace la determinación y fecha de aprobación</b>  _____  <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Fecha de vigencia de la determinación</b>                      _____                 </div>
---	--	---

Utilice los siguientes factores de conversión para determinar los ingresos anuales solo si se reportan múltiples frecuencias de pago: Ingresos Semanales x 52 = Ingresos Anuales. Cada 2 semanas de ingresos x 26 = Ingresos Anuales. Ingresos recibidos dos veces al mes x 24 = Ingresos Anuales. Ingresos Mensuales x 12 = Ingresos Anuales. Este formulario vence un año después de la fecha de vigencia elegida por la agencia, tal como se indica en su solicitud en línea para el CACFP.

PARENT LETTER

PARENT LETTER FOR THE CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
(CHILD CARE COMPONENT) NON-PRICING PROGRAM (FFY 2014)

Dear Parent or Guardian: The La Casa de Esperanza, Inc. serves nutritious meals without an additional charge because the center receives added reimbursement for each child whose household income is at or below the level shown on the household size-income scale below. In order to continue this meal service without an additional charge to you, please complete and return the attached application. This information is kept confidential in our files, and is required to determine the appropriate rate of reimbursement under the Child and Adult Care Food Program. If your income is higher than the amount indicated below for your household size, you do not need to complete the application. Once properly approved for free or reduced price benefits, a household will remain eligible for those benefits for a period not to exceed 12 months.

(Effective July 1, 2013 to June 30, 2014)

Household Size	Monthly Income Level (at or below)
1	\$1,772
2	2,392
3	3,011
4	3,631
5	4,251
6	4,871
7	5,490
8	6,110
For each Additional Household Member, Add	+620

Households with incomes less than or equal to the reduced-price standards would be eligible for free or reduced price meal benefits. Participants having family members who become unemployed are eligible at the higher rate during the period of unemployment provided that the loss of income during the period of unemployment causes the household income to be within the eligibility guidelines indicated above.

When eligibility is established by household size and income, a complete application must include: (a) names of all household members including the name of the child applicant; (b) the last four digits of the social security number of the adult household member signing the application or an indication that the household member does not have a social security number; (c) household income received by each household member identified by source of income; and (d) the signature of an adult member of the household and date signed.

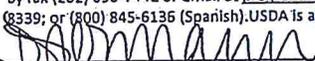
When eligibility is established by the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (FoodShare Wisconsin) case number, FDIIR case number, or W-2 Cash Benefits number, a complete application must include: (a) the name of the child applicant; (b) the appropriate SNAP (Food Share Wisconsin), FDIIR or W-2 Cash Benefits case number for the child; and (c) the signature of an adult member of the household and date signed. Eligible W-2 Cash Benefits programs are Trial Job, Community Service Job (CSJ), Caretaker of an Infant (CMC), At Risk Pregnancy (ARP), and W-2 Transition (W-2 T). DO NOT give numbers for Medicaid, SSI, or W-2 Child Care Assistance.

Meals served to foster children are eligible for reimbursement at the free price rates regardless of the household's income. A foster child placed in a home may be included as a household member on the same application that includes the non-foster children.

**USE OF INFORMATION STATEMENT:** Unless a SNAP, FDIIR, or W-2 Cash Benefits case number is provided for your child, you are applying for a foster child, or unless a Head Start statement of income eligibility verification is provided for your child, the Richard B. Russell National School Lunch Act requires that the adult household member signing the application must report his or her last four digits of the social security number on the application. If the adult household member signing the application does not possess a social security number, he/she must indicate so on the application. Provision of the last four digits of the social security number is not mandatory, but if it is not provided or an indication is not made that the adult household member signing the application does not have one, the application cannot be approved. The last four digits of the social security number may be used to identify the household member in carrying out efforts to verify the correctness of information stated on the application for proper administration and enforcement of the Child Nutrition Programs. Your eligibility information provided on the application may be shared with auditors for program reviews and law enforcement officials for the purpose of investigating violations of program rules.

Children's free and reduced price meal eligibility information may be shared with other State agencies and other Child Nutrition Programs without prior notification. If your children's meals are reimbursed at the free or reduced price rate, these children may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (BadgerCare). Because health insurance is so important to children's well-being, the law allows us to tell Medicaid and BadgerCare that your children's meals are eligible for the higher reimbursement rate(s), unless you tell us not to. Medicaid and BadgerCare only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your children. (Filling out the Household Size-Income Statement does not automatically enroll your children in health insurance.) If you do not want us to share your information with Medicaid or BadgerCare please notify us in writing. Notification will not change whether or not your children's meals are reimbursed.

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

  
Signature of Sponsor Representative

## Child's Schedule Horario de su hijo/a

Child's name/nombre del hijo/a: \_\_\_\_\_

Date effective/fecha efectivo: \_\_\_\_\_

Day/día	Monday/lunes	Tuesday/martes	Wednesday/miércoles	Thursday/jueves	Friday/viernes
<b>IN ENTRADA</b>					
<b>OUT SALIDA</b>					
<b># hours</b>					

\_\_\_\_\_ Upon office approval, these are the hours that my child has a secured spot each week in his/her classroom, provided I remain on-track with my payment plan.

\_\_\_\_\_ I understand that any additional hours may or may not be available due to the scheduling and availability of slots and staff. It is my responsibility to receive APPROVAL IN ADVANCE for any hours outside of this schedule. I understand that I am required to pay for these hours in advance.

\_\_\_\_\_ It is my responsibility to notify the childcare office promptly if this schedule changes for any reason at any time.

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### For Office Use Only

Rate Type:	Full	Half	Hours/week _____	W2	PP
Staff:	_____	Date:	_____	Entered:	
	First shift	Second Shift		Split Shift	
				School:	_____

## CHILD HEALTH REPORT – CHILD CARE CENTERS

**Use of form:** Use of this form is voluntary; however, completion of this form meets the requirements of DCF 202.08(4), DCF 250.07(6)(L)3., and DCF 251.07(6)(k)3. Failure to comply with these rules may result in issuance of a noncompliance statement. Personal information you provide may be used for secondary purposes [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instructions:** Each child under 2 years of age shall have an initial health examination not more than 6 months prior to nor later than 3 months after being admitted to the center and a follow-up health examination at least once every 6 months thereafter. Except for a school-aged child, each child 2 years of age or older shall have an initial health examination not more than one year prior to nor later than 3 months after being admitted to a center and a follow-up health examination at least once every 2 years thereafter. The parent / guardian shall give this form to the physician, physician assistant or HealthCheck provider to be completed, signed and dated. The licensee shall obtain a copy for the child's record. Note: Children are also required to have on file at the child care center documentation of immunizations; it may be helpful if the parent / guardian were to include a copy of the child's immunization record when submitting this form to the child care center.

---

### PARENT OR GUARDIAN – Complete this section.

Name – Child (Last, First, MI)

Birthdate – Child (mm/dd/yyyy)

Address – Child (Street, City, State, Zip Code)

Name – Parent or Guardian (Last, First, MI)

Address – Parent or Guardian (Street, City, State, Zip Code)

---

### HEALTH PROFESSIONAL – Complete this section.

Instructions for feeding and care of child with special problems, including allergies – Specify (attach information as necessary).

---

Yes  No Does the child have a milk allergy? If "Yes", identify the recommended milk substitute.

---

Date of most recent blood lead test: \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy). Note: Children on Medicaid are required to be tested at around ages 12 months and 24 months or once between the ages of 3 and 5 years if no previous test is documented. Lead testing is optional for children who are not on Medicaid.

---

Immunization(s) not to be administered to child due to medical reason(s) – Specify.

---

### AUTHORIZATION

I certify that I have examined the above child on this date and that he / she is able to participate in child care activities.

Name – MD, PA or HealthCheck Provider (type or print)

Address (Street, City, State, Zip Code)

---

**SIGNATURE** – MD, PA or HealthCheck Provider

Date of Examination

## Inscripción de Niños e Historia Clínica - Cuidado Infantil Certificado

### CHILD ENROLLMENT AND HEALTH HISTORY – CERTIFIED CHILD CARE

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es voluntario. Sin embargo, completarlo cumple con los requisitos de DCF 202.08(9)(d), 202.08(12)(f) y DCF 202.09(7)(b). Si es un centro de cuidado infantil familiar certificado y con licencia, tiene la obligación de usar los formularios de DCF *DCF-F-CFS0062 Child Care Enrollment* y *DCF-F-CFS2345 Health History and Emergency Care Plan*.. Si no cumple con las reglamentaciones del programa, se puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione puede ser usada para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones – Padre/Madre / Tutor:** El padre/madre / tutor debe llenar el formulario por completo, firmarlo y presentarlo al proveedor certificado antes del primer día de asistencia del niño. No deje ningún campo en blanco. Si no se aplica un campo, ingrese “N/A” o “none.” El padre/madre / tutor debe estar en comunicación continua con el programa para asegurarse de que la información de este formulario se mantenga actualizada. Cuando inscriba a un niño menor de 2 años, debe haber un formulario completo de DCF *DCF-F-CFS0061-E Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers* en el legajo antes del primer día de asistencia.

**Instrucciones – Cuidado Infantil:** El formulario completo y firmado debe obtenerse antes del primer día de asistencia del niño, se debe conservar en el legajo del niño en el establecimiento, y debe estar disponible para revisión por parte de la agencia reguladora. Revise el formulario para asegurarse de que no se haya dejado ningún campo en blanco. Preste especial atención a los campos Fecha de Nacimiento y Primer Día de Asistencia, y verifique que el formulario haya sido firmado por el padre/madre y contenga la fecha. El programa de cuidado infantil deberá mantener un sistema de comunicación con el padre/madre / tutor para asegurarse de que la información de este formulario se mantenga actualizada. Existe una sección disponible al final de este formulario en la que el programa de cuidado infantil puede registrar las fechas en las que revisaron o actualizaron la información en el formulario. Cuando inscriba a un niño de menos de 2 años, también debe haber en el legajo un formulario de DCF *DCF-F-CFS0061-E Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers* completo antes del primer día de asistencia del niño.

#### A. INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre - (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Primer Día de Asistencia
Dirección - Casa (Calle, ciudad, código postal)		Teléfono

#### B. PADRE/MADRE O TUTOR – Se permite a todos los padres/madres / tutores visitar durante las horas operativas del centro y se les permite recoger al niño a menos que el acceso esté restringido o prohibido por una orden judicial. Adjunte orden judicial, de existir.

1. Nombre y relación con el niño	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa
Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono de la casa / celular
¿El niño reside en este lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de empleo y teléfono laboral
2. Nombre y relación con el niño	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa
Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono de la casa / celular
¿El niño reside en este lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de empleo y teléfono laboral

**C. PERSONAS AUTORIZADAS** – Las personas, además de los padres / tutores, autorizadas a recoger al niño o aceptar al niño si lo entregan. Si es nadie, escriba "Nadie".

1. Nombre y relación con el niño	Teléfono de la casa / celular
Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral
2. Nombre y relación con el niño	Teléfono de la casa / celular
Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral

**D. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** – La persona a quien se debe notificar en una emergencia cuando no se puede establecer contacto con los padres / tutores.

Sí  No Esta persona está autorizada a recoger al niño.

Nombre y relación con el niño	Teléfono de la casa / celular
Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral

**E. MÉDICO O ESTABLECIMIENTO MÉDICO**

Nombre	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono
--------	--	----------

**F. HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA** De estar disponible, adjunte información de un plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. del niño.

1.  Sí  No ¿Su hijo tiene alguna condición médica especial? Si la respuesta es "Sí", marque todos los que correspondan.

Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración de un profesional médico que indique la alternativa aceptable.

Alergia a las comidas – Especifique la(s) comida(s):

Inquietudes gastrointestinales o de alimentación incluidas las dietas especiales o suplementos. Si el niño tiene una condición médica, excluida la alergia a los alimentos, que exija una dieta especial incluidos concentrados de nutrientes y suplementos, adjunte una autorización escrita del médico del niño.

Alergias no alimenticias – Especifique:

Cualquier trastorno incluido Discapacidad Cognitiva, LD, ADD, ADHD o Autismo

Asma

Parálisis cerebral / trastorno motriz

Diabetes

Epilepsia / trastorno convulsivo

Otras condiciones que requieran atención especial – Especificar:

2. Disparadores que pueden causar problemas – Especifique.

3. Señales o síntomas que se deben observar – Especifique.

4. Pasos que debería seguir el proveedor de cuidado infantil. Si se necesita medicamentos de venta libre o con receta, se debe tener la autorización de los padres y se debe adjuntar. El formulario de DCF *DCF-F-CFS0059-E Authorization to Administer Medication – Child Care Centers* puede ser usado por los programas certificados para cumplir con DCF 202.08(4)(f).

5. Cuándo llamar a los padres con respecto a síntomas o falta de respuesta al tratamiento.

6. Cuándo considerar que la condición exige atención médica de emergencia o reevaluación.

7. Información adicional que puede ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

**G. AUTORIZACIÓN – PROTECTOR SOLAR / REPELENTE CONTRA INSECTOS** – Si son proporcionados por los padres / tutores, el protector solar o repelente contra insectos debe tener una etiqueta con el nombre del niño. Las autorizaciones deben ser revisadas periódicamente y actualizadas según sea necesario.

Sí  No Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.  
 Sí  No Autorizo al centro a permitir a mi hijo aplicarse protector solar solo.

Nombre de la marca de la pantalla solar

Graduación de los ingredientes

Sí  No Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.  
 Sí  No Autorizo al centro a permitir a mi hijo aplicarse repelente solo.

Nombre de la marca del repelente

Graduación de los ingredientes

**H. AUTORIZACIÓN – TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

Sí  No Por el presente presto mi consentimiento para que se brinde tratamiento o atención médica de emergencia sólo si no se pueden comunicar conmigo de inmediato.

**I. AUTORIZACIÓN – EXCURSIONES / TRANSPORTE**

Sí  No Doy permiso para que se transporte a mi hijo desde y hasta el centro.

Sí  No Doy permiso para que mi hijo participe de  **excursiones u otras actividades a las que sea transportado**  **o vaya caminando** durante las horas de operación.

Sí  No Por el presente doy permiso para que mi hijo en edad escolar ingrese a un edificio sin estar acompañado.

**J. TESTIMONIO**

Sí  No Tuve la oportunidad de revisar las políticas del centro de cuidado infantil y un resumen de las normas que rigen a los programas de cuidado infantil certificados DCF 202.

Sí  No Me han informado la cantidad de mascotas que hay en el centro y su grado de contacto con los niños inscriptos. Nota: Si se agregan mascotas después de haber inscripto a un niño, se notificará a los padres por escrito antes de agregar la mascota al centro.

**K. FIRMA**

**FIRMA** – Padre/Madre o Tutor

Fecha de la firma

**Fechas de revisión:** \_\_\_\_\_

## DAY CARE IMMUNIZATION RECORD

COMPLETE AND RETURN TO DAY CARE CENTER. State law requires all children in day care centers to present evidence of immunization against certain diseases within **30 school days (6 calendar weeks) of admission to the day care center.** These requirements can be waived only if a properly signed health, religious, or personal conviction waiver is filed with the day care center. See "Waivers" below. If you have any questions on immunizations or how to complete this form, please contact your child's day care provider or your local health department.

### PERSONAL DATA

PLEASE PRINT

<b>STEP 1</b>	Child's Name (Last, First, Middle Initial)	Date of Birth (Month/Day/Year)	Area Code/Telephone Number
	Name of Parent/Guardian/Legal Custodian (Last, First, Middle Initial)	Address (Street, Apartment number, City, State, Zip)	

### IMMUNIZATION HISTORY

**STEP 2** List the MONTH, DAY AND YEAR the child received each of the following immunizations. DO NOT USE A (4) OR (X) except to indicate whether the child has had chickenpox. If you do not have an immunization record for this child, contact your doctor or local public health department to obtain the records.

TYPE OF VACCINE	First Dose Month/Day/Year	Second Dose Month/Day/Year	Third Dose Month/Day/Year	Fourth Dose Month/Day/Year	Fifth Dose Month/Day/Year
Diphtheria-Tetanus-Pertussis (Specify DTP, DTaP, or DT)					
Polio					
Hib (Haemophilus <i>Influenzae</i> Type B)					
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV)					
Hepatitis B					
Measles-Mumps-Rubella (MMR)					
Varicella (chickenpox) vaccine Vaccine is required only if the child has not had chickenpox disease.					

**Has the child had Varicella (chickenpox) disease? Check the appropriate box and provide the year if known.**  
 Yes year \_\_\_\_\_ (Vaccine is not required)  
 No or Unsure (Vaccine is required)

### REQUIREMENTS

**STEP 3** The following are the minimum **required** immunizations for the child's age/grade at entry. All children within the range must meet these requirements at day care entrance. Children who reach a new age/grade level while attending this day care must have their records updated with dates of additional required doses.

AGE LEVELS	NUMBER OF DOSES					
5 months through 15 months	2 DTP/DTaP/DT	2 Polio	2 Hib	2 PCV	2 Hep B	
16 months through 23 months	3 DTP/DTaP/DT	2 Polio	3 Hib <sup>1</sup>	3 PCV <sup>2</sup>	2 Hep B	1 MMR <sup>3</sup>
2 years through 4 years	4 DTP/DTaP/DT	3 Polio	3 Hib <sup>1</sup>	3 PCV <sup>2</sup>	3 Hep B	1 MMR <sup>3</sup> 1 Varicella
At Kindergarten entrance	4 DTP/DTaP/DT <sup>4</sup>	4 Polio			3 Hep B	2 MMR <sup>3</sup> 2 Varicella

<sup>1</sup>If the child began the Hib series at 12-14 months of age, only 2 doses are required. If the child received one dose of Hib at 15 months of age or after, no additional doses are required. Minimum of one dose must be received after 12 months of age (Note: a dose 4 days or less before the first birthday is also acceptable).  
<sup>2</sup>If the child began the PCV series at 12-23 months of age, only 2 doses are required. If the child received the first dose of PCV at 24 months of age or after, no additional doses are required.  
<sup>3</sup>MMR vaccine must have been received on or after the first birthday (Note: a dose 4 days or less before the 1<sup>st</sup> birthday is also acceptable).  
<sup>4</sup>Children entering kindergarten must have received one dose after the 4<sup>th</sup> birthday (either the 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup> or 5<sup>th</sup>) to be compliant (Note: a dose 4 days or less before the 4<sup>th</sup> birthday is also acceptable).

### COMPLIANCE DATA AND WAIVERS

**STEP 4** **IF THE CHILD MEETS ALL REQUIREMENTS (sign at STEP 5 and return this form to the day care center), OR**  
**IF THE CHILD DOES NOT MEET ALL REQUIREMENTS (check the appropriate box below, sign and return this form to day care center).**

Although the child has not received all required doses of vaccine for his or her age group, at least the first dose of each vaccine has been received. I understand that it is my responsibility to obtain the remaining required doses of vaccines for this child **WITHIN ONE YEAR** and to notify the day care center in writing as each dose is received.

**NOTE: Failure to stay on schedule or report immunizations to the day care center may result in court action against the parents and a fine of up to \$25.00 per day of violation.**

For health reasons this child should not receive the following immunizations \_\_\_\_\_ (List in STEP 2 any immunizations already received)

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature Required

For religious reasons this child should not be immunized. (List in STEP 2 any immunizations already received)

For personal conviction reasons this child should not be immunized. (List in STEP 2 any immunizations already received):

### SIGNATURE

**STEP 5** To the best of my knowledge this form is complete and accurate.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE - Parent, Guardian or Legal Custodian

\_\_\_\_\_  
Date Signed

## ADMISIÓN PARA NIÑO MENOR DE 2 AÑOS – CENTROS DE CUIDADO DE NIÑOS Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers

**Uso del formulario:** Este formulario es obligatorio para que los centros familiares de cuidado de niños cumplan con DCF 250.09(1)(c)1 y para que los proveedores certificados cumplan con 202.08(12)(g). El incumplimiento puede resultar en que se expida una declaración de no cumplimiento. Este formulario es voluntario para los centros grupales de cuidado de niños; sin embargo, cumple con los requisitos de DCF 251.09(1)(am). El formulario recopila información sobre los niños menores de 2 años con el fin de asistir a los trabajadores de cuidado de niños a individualizar el programa de cuidado para el niño en un centro familiar o grupal de cuidado de niños. La información personal que usted proporcione podría usarse para otros propósitos [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

**Instrucciones:** Este formulario debe ser completado por el padre o la madre y debe estar archivado en el centro antes del primer día de asistencia del niño. Se pueden anotar actualizaciones regularmente. Este formulario se deberá guardar en la sala donde se proporciona el cuidado. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.

Primer día de asistencia (mm/dd/aaaa)

### NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE O MADRE / NIÑO

Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Apodo (de tenerlo)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre del padre o la madre (Apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)	Teléfono de la casa	
Dirección del padre o la madre (Calle, ciudad, estado, código postal)		

**SAÚDE** Nota: Los problemas médicos que puedan afectar el cuidado del niño se deben registrar en el formulario del departamento, Antecedentes Médicos y Plan de Atención de Emergencia. El formulario se deberá compartir con cualquier persona que cuide al niño.

El niño tiene resfriados frecuentes, infecciones de oídos, cólicos, etc. – Describa.

### ACTUALIZACIONES

### COMIDAS

Esquema de alimentación actual	Tiempo en esquema actual
Tipo de comida <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Colada <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> De mesa <input type="checkbox"/> Tipo leche – Especifique:	
Esquema para alimentos nuevos	
Cuando come el niño está: <input type="checkbox"/> Sobre la falda <input type="checkbox"/> En una silla alta <input type="checkbox"/> Otro – Especifique:	
Se alimenta solo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", usa: <input type="checkbox"/> Cuchara <input type="checkbox"/> Tenedor <input type="checkbox"/> Las manos	
Problemas de alimentación especiales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique:	
Alergias a alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique:	
Alimentos favoritos. Especifique.	
Rechazó alimentos. Especifique.	

### ACTUALIZACIONES

**SUEÑO**

Esquema actual de sueño		Tiempo en esquema actual
Se duerme fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Humor al despertarse. Describa.	
Se lleva sus juguetes favoritos a la cama – <b>niño mayor de 1 año</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí”, indique qué juguetes:		
Posición para dormir – <b>niño menor de 1 año</b> <b>Nota:</b> A los niños menores de 1 año de edad se los debe acostar boca arriba a menos que se adjunte una declaración por escrito del médico del niño. <input type="checkbox"/> Boca arriba para niños menores de 1 año <input type="checkbox"/> De lado o boca abajo (declaración del médico adjuntada)		
Posición para dormir – <b>niño mayor de 1 año</b> <input type="checkbox"/> Boca arriba <input type="checkbox"/> De lado o boca abajo		

ACTUALIZACIONES

**CAMBIO DE PAÑALES / USO DEL BAÑO**

Pañal – tipo <input type="checkbox"/> Tela <input type="checkbox"/> Desechable	Pañales suministrados por los padres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usa bombacha de goma <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces Si respondió “Algunas veces”, especifique:	
Piel muy sensible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dermatitis de pañal frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lotions, talcos o ungüentos utilizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí”, especifique el nombre del producto o productos:	
Intentó enseñarle a controlar esfínteres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí”, describa la rutina.	
Tipo de asiento de inodoro utilizado en el hogar <input type="checkbox"/> Inodoro para niños <input type="checkbox"/> Asiento de inodoro especial <input type="checkbox"/> Asiento de inodoro común	
Movimientos intestinales normales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con qué frecuencia?	Hora(s) del día:
Problemas para ir al baño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí”, describa:	

ACTUALIZACIONES

**COMUNICACIÓN VERBAL**

¿Qué idioma habla la familia? Especifique. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro Si respondió “Otro”, especifique:	
Edad en que el niño comenzó a hablar	El niño dice <input type="checkbox"/> Palabras <input type="checkbox"/> Oraciones
Palabras utilizadas para describir necesidades especiales. Especifique.	

ACTUALIZACIONES

---

**DAR CONSUELO**

¿En algún momento se pone el niño fastidioso?

Sí  No Si respondió "Sí", especifique el momento.

¿Qué hace cuando el niño está fastidioso?

---

Al niño le gusta:

Estar en brazos  Que le canten  Que lo acunen  Que le lean  Otro – Especifique:

Cosas especiales que usted dice o hace para consolar al niño.

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**AUTOEXPRESIÓN**

¿Qué hace que su niño se enoje o frustre?

---

¿Qué asusta a su niño y cómo lo demuestra?

---

¿Cómo expresa su niño sentimientos de felicidad, diversión, etc.?

---

Comentarios adicionales

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**DESARROLLO FÍSICO Y SOCIAL**

¿Puede su niño hacer lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Sentarse por sí mismo  Pararse  Gatear  Caminar sosteniéndose  Caminar sin sostenerse

Sí  No ¿Está su niño acostumbrado a jugar con otros niños?

Comentarios

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**MISCELÁNEOS**

---

Juguetes y actividades favoritas del niño **en interiores**. Especifique.

---

Juguetes y actividades favoritas del niño **al aire libre**. Especifique.

---

Al proporcionar información completa sobre su niño, usted ayudará al personal a que cree una experiencia positiva para él o ella durante su cuidado. Indique cualquier información sobre los hábitos, habilidades o personalidad de su niño que considere que será útil para el personal durante su cuidado.

---

---

**ACTUALIZACIONES**

---

---

**FIRMA** – Padre, madre o guardián

---

Fecha de la firma

### Transportation Permission – Child Care Centers

**Use of form:** Use of this form is voluntary. However, completion of this form will help ensure compliance with portions of DCF 250.08, DCF 251.08 and DCF 252.09 of the Wisconsin Administrative Codes regarding regularly scheduled, center-provided / center-contracted transportation of children in care to and from the center. Personal information you provide may be used for secondary purposes [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instructions:** The parent / guardian should complete this form for placement in the child's file at the center and update the information as needed. The center shall maintain the completed form in the child's file for the duration of the child's enrollment. Note: A copy of this form shall be carried in the vehicle when transporting the child. If the child has special health care needs, also include a copy of CFS-2345, Health History – Child Care Centers.

#### A. CHILD INFORMATION

Name	Address – Home (Street, City, State, Zip Code)
------	--

Yes  No Does the child have any special health care needs? If "Yes", attach the department form, "Health History – Child Care Centers."

#### B. PARENT / GUARDIAN INFORMATION Provide information where the parent / guardian may be reached while the child is in care.

1. Name	Telephone Number – Home	Telephone Number – Work	Telephone Number – Cellular
---------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------

Address (Street, City, State, Zip Code)

2. Name	Telephone Number – Home	Telephone Number – Work	Telephone Number – Cellular
---------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------

Address (Street, City, State, Zip Code)

#### C. EMERGENCY CONTACT INFORMATION Provide information on the person to contact if the parent / guardian cannot be reached.

Name	Address (Street, City, State, Zip)	Telephone Number
------	------------------------------------	------------------

#### D. AUTHORIZED DESTINATIONS / PERSONS INFORMATION

	Address Child Transported From (Street, City)	Address Child Transported To (Street, City)	Person Authorized to Receive Child
1.			
2.			
3.			
4.			

Procedure to follow when parent / guardian or authorized adult is not at destination to receive child – Specify.

#### E. CHILD'S HEALTH CARE PROVIDER INFORMATION

Name – Physician	Address (Street, City, State, Zip Code)	Telephone Number
------------------	---	------------------

#### F. AUTHORIZATION

- Yes  No I hereby give my consent for emergency medical care or treatment to be used only if I cannot be reached immediately.
- Yes  No I hereby give permission for my school-aged child to enter a building unescorted.

SIGNATURE – Parent / Guardian	Date Signed
-------------------------------	-------------



LA CASA  
de Esperanza, Inc.

## Media Release

### *Permiso de Publicación para Medios de Comunicación*

Regarding promotional use of your child's photograph, please choose one of the following:  
*Respecto al uso promocional de fotografía, favor de escoger una de las siguientes opciones:*

I give permission for my child's photograph to be used by La Casa de Esperanza, Inc. for any promotional purposes for including, but not limited to, brochures, newspapers, websites, educational presentations, and/or funding sources.

*Yo doy permiso que La Casa de Esperanza, Inc. use una fotografía, de mi hijo(a) para cualquier propósito promocional incluyendo, entre otras, folletos, periódicos sitios de la web, presentaciones, educativas, propósitos de financiación.*

No I do not give permission for my child's photograph to be used by La Casa de Esperanza, Inc. for any promotional purposes.

*No doy permiso que La Casa de Esperanza, Inc. use ninguna foto de mi hijo(a) para cualquier propósito promocional.*

---

Child's Name  
*Nombre del niño*

---

Parent/Guardian Signature  
*Firma del padre/custidario*

---

Date  
*Fecha*