

HOPKINS HOUSE



UN CENTRO PARA NIÑOS Y SUS FAMILIAS

SOLICITUD DE INGRESO A LA ACADEMIA PREESCOLAR

UBICACIÓN DE LA ACADEMIA:	FECHA DE LA SOLICITUD:
---------------------------	------------------------

Nombre del Niño/a:	Apodo:
Fecha de nacimiento:	Género:
Dirección:	Teléfono del hogar:
Ciudad, Estado: Código Postal:	

DATOS DE LOS PADRES O GUARDIANES

MADRE/GUARDIÁN

PADRE/GUARDIÁN

Nombre:	Nombre:
Parentesco con el niño/a:	Parentesco con el niño/a:
Dirección:	Dirección:
Teléfono del hogar:	Teléfono del hogar:
Teléfono móvil:	Teléfono móvil:
Dirección del Email:	Dirección del Email:
Patrón:	Patrón:
Dirección del lugar de trabajo:	Dirección del lugar de trabajo:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:

AUTORIZACIÓN PARA VISITAR O BUSCAR AL NIÑO/A

Las siguientes personas están autorizadas para visitar o de buscar al niño/a de la escuela:

Nombre

**Teléfonos del
Hogar/trabajo/móvil**

Parentesco con el niño/a

1.		
2.		
3.		

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con

CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA

Llamando al número de teléfono: 703-549-4232

Personas de la localidad a contactar en CASO DE EMERGENCIA

(Que no sean ni Padres ni Guardianes)

Personas a contactar en caso de enfermedad, accidente o emergencia que además estén autorizadas a buscar al niño/a de la academia preescolar si no es posible alertar a los padres o guardianes (se requiere un mínimo de 2 personas):

1. Nombre:	Parentesco con el niño/a:
Dirección:	Teléfono del hogar:
Ciudad, Estado: Código Postal:	Teléfono del trabajo:
2. Nombre:	Parentesco con el niño/a: Teléfono móvil:
Dirección:	Teléfono del hogar:
Ciudad, Estado: Código Postal:	Teléfono del trabajo: Teléfono móvil:
3. Nombre:	Parentesco con el niño/a:
Dirección:	Teléfono del hogar:
Ciudad, Estado: Código Postal:	Teléfono del trabajo: Teléfono móvil:

DATOS DE SALUD

Enumere todas las sustancias a las cuales se sabe que su niño/a es alérgico/a y todo tipo de condiciones que afecten su salud:
¿Qué acciones debemos tomar en caso de emergencia por haber surgido las condiciones alérgicas o de salud mencionadas más arriba?
Enumere todos los requisitos especiales de desarrollo, enseñanza y acomodación que su niño/a requiere:

PROGRAMA FUERA DE LA ESCUELA

¿Su niño/a va a una otra escuela al mismo tiempo que viene a la academia Hopkins House? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la escuela:	Grado o tipo de programa:

REGISTRO EN PREVIAS ESCUELAS

¿Su niño/a fue a una otra escuela antes de venir a Hopkins House? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la escuela:	Grado o tipo de programa:

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232

PERMISOS

VIAJES DE ENSEÑANZA (FIELD TRIPS) – Doy mi permiso para que mi niño/a participe en todos los viajes de enseñanza preescolar ofrecidos por Hopkins House: Sí No

Al firmar más abajo, doy permiso para que mi niño/a participe en todos los viajes de enseñanza preescolar ofrecidos por la academia preescolar Hopkins House. Entiendo que estos viajes de enseñanza pueden incluir caminatas, viajes a parques y a patios de recreo que siempre se encuentran a tres millas o menos del lugar donde se encuentra la academia preescolar Hopkins House.

Entiendo que de vez en cuando, con notificación previa, mi niño podrá ser llevado a otros viajes de enseñanza, como por ejemplo, al jardín zoológico, al acuario o al museo. En tales casos, quizás se necesitará pagar un pequeño precio. Entiendo que seré informado/a de antemano acerca de tal o cualquier otro tipo de costo y de que soy responsable de proporcionar tales fondos a mi niño/a para que participe.

También entiendo que recibiré noticias previas acerca de todo viaje que requiera que mi hijo/a se ausente más de tres millas del recinto preescolar Hopkins House y que podré decidir que mi hijo/a no participe en tal viaje. Entiendo además que si yo decido que mi hijo/a no participe en tal viaje, la escuela me pedirá que encuentre otro tipo de cuidado para mi criatura durante el día entero de ese viaje y yo aceptaré tal responsabilidad.

Padres/Guardianes

Fecha

FOTOGRAFÍAS Y PUBLICACIONES – Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a mientras asiste a la academia preescolar Hopkins House, o al asistir a cualquier actividad o acontecimiento patrocinados por Hopkins House, siempre que tales fotos sean usadas solamente para propósitos autorizados por la escuela: Sí No

Al añadir mi firma más abajo, doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a mientras asiste a la academia preescolar Hopkins House, o al asistir a cualquier actividad o acontecimiento patrocinados por Hopkins House. Doy tal permiso con el entendimiento de que tales fotos serán usadas solamente para propósitos escolares (por ejemplo, para indicar a quién pertenecen los armarios de la ropa), publicidad de la academia (por ejemplo, comunicados de prensa), para diseminación escolar (por ejemplo, tabla de anuncios) o publicaciones escolares (por ejemplo, informes anuales, circular noticiero).

Padres/Guardianes

Fecha

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PADRES/GUARDIANES

El precio de la enseñanza

1. Entiendo que el precio del registro no puede ser reembolsado y de que debe ser pagado en el momento en que se somete el formulario del registro.
2. Entiendo que el precio de la enseñanza de mi hijo/a se cotiza anualmente pero que se divide en pagos semanales o mensuales. Entiendo que no hay descuentos o ajustes por ausencias, días feriados cuando la escuela está cerrada, días de desarrollo del personal, vacaciones de invierno o primavera, retiro temprano de la criatura o cierres causados por emergencias climáticas. Entiendo que no se reembolsan ni el precio de la enseñanza ni otros honorarios, aún en casos de extensos cierres o ausencias.
3. Entiendo que el precio de la enseñanza se paga por anticipado semanalmente, y que es pagadero el viernes de la semana anterior. Entiendo que puedo pagar el precio de la enseñanza por cheque, orden monetaria o tarjeta de crédito (Discover Card, MasterCard, o Visa) y de que no se acepta el dinero en efectivo.

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232*

4. Entiendo que puedo incurrir un cargo por demora en el pago de la enseñanza y que Hopkins House puede rechazar pagos mediante cheques personales si el banco haya devuelto alguno de mis cheques debido a fondos insuficientes, por lo que todo cargo aplicable por el banco debido al retorno de tal cheque será por mi cuenta.
5. Entiendo que el hecho de no pagar el precio de la enseñanza por completo, incluso todo cargo por mora dentro de cinco días de su vencimiento, puede resultar en que el registro de mi hijo/a en Hopkins House sea anulado y de que volver a registrar a mi criatura será determinado por las plazas disponibles y por el pago de todo el precio de la enseñanza debido y el precio del registro aplicable.
6. Entiendo que incurriré un cargo por haber demorado en buscar a mi hijo/a de la escuela, si no voy a buscarlo o si no he tomado las disposiciones necesarias para que alguien lo busque de la escuela a la hora del cierre normal de la misma.
7. Entiendo que si deseo retirar a mi hijo/a de la escuela debo dar la debida notificación diez (10) días por adelantado. Entiendo que soy responsable del pago del precio entero de la enseñanza si no he notificado a las autoridades escolares al menos diez (10) días por anticipado, acerca de mi decisión al respecto.

Salud y Seguridad

1. Entiendo que mi hijo/a no permanecerá solo y sin supervisión mientras se encuentre dentro del terreno de la escuela. Entiendo que debo acompañar a mi hijo/a dentro del edificio de la escuela todas las mañanas y dejarlo/a en manos de su maestra, poniendo mi firma en el registro de entrada antes de dejar el edificio, y volviendo a firmar el registro de salida al fin del día.
2. Entiendo que todos los formularios requeridos por la escuela deben ser completados y archivados antes de que mi hijo/a pueda atender la escuela.
3. Entiendo que ningún niño será despedido en manos de ninguna otra persona aparte de sus padres o guardianes sin mi autorización por escrito. Entiendo que la escuela dejará que mi hijo/a se vaya con cualquiera de sus dos padres a menos que exista una orden judicial que demuestre al Director de la escuela que sólo uno de los padres tiene custodia de la criatura.
4. Entiendo que ningún medicamento será administrado a mi hijo/a sin una autorización previa por escrito de mi parte, a menos que sea una emergencia en cuyo caso el medicamento será administrado sólo por un médico.
5. Entiendo que el Director de la escuela me notificará cuando mi hijo/a esté enfermo/a, en cuyo caso entiendo que mi responsabilidad es de ir a buscar a mi criatura de la escuela lo más pronto posible.
6. Entiendo que recibiré un Manual para los Padres, donde se describen en detalle las reglas y procedimientos de la escuela y que mi obligación es saber cuáles son.
7. Entiendo que el registro de mi hijo/a en la escuela puede ser terminado si la conducta de mi criatura amenaza su propia seguridad o la seguridad de los demás niños o del personal de la escuela.
8. Entiendo que mi niño no puede atender la academia preescolar si tiene alguna enfermedad que amenace la salud de los demás niños o del personal de la escuela. Entiendo que se harán cumplir los reglamentos del ministerio de salud acerca de los períodos de una infección. Entiendo que mi niño/a debe estar libre de temperatura al menos 24 horas antes de que se le permita retornar a la escuela después de una enfermedad. Entiendo que los medicamentos bajo receta deben ser administrados en el hogar al menos 24 horas antes de que mi hijo/a pueda volver a la escuela.
9. Entiendo que debo informar a la academia dentro de 24 horas o el siguiente día hábil después que mi hijo/a o cualquier miembro cercano de mi hogar se haya enfermado con cualquier enfermedad contagiosa cuya existencia debe ser notificada a las autoridades.

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232*

ACUERDO

Al poner mi firma más abajo, afirmo que he leído y que entiendo completamente la Declaración de Entendimiento de los Padres o Guardianes más arriba:

_____	_____
Madre/Guardián	Fecha
_____	_____
Padre/Guardián	Fecha
_____	_____
Consejero, Asistencia Admisiones y Enseñanza	Fecha

Autorización del Cuidado Médico de Emergencia

Rogamos tomen nota: Esta autorización DEBE ser certificada por un notario.

Si no es posible ponerse en contacto conmigo en caso de una emergencia que afecte la salud de mi hijo/a, autorizo al director de la escuela o al personal designado para que obtengan el cuidado médico de emergencia necesario para mi hijo/a.

_____	_____
Firma de los Padres/Guardianes	Fecha

Firmado y jurado ante mí este _____ día del mes de _____ del año _____.

(SELLO)

Notario Público

Médico: M.D. Teléfono #:

Dirección:

Compañía Aseguradora de la Salud:

Nombre del Propietario de la Póliza: Parentesco con el niño/a:

Número de la Póliza: Cobertura:

Número de Medicaid: Estado: DC MD VA

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD

(Esta sección debe ser completada en la presencia del Director o del Administrador de la Escuela)

Lugar del nacimiento del niño/a (Ciudad y Estado): _____ Fecha de nacimiento: _____

Número del certificado de nacimiento: _____ Fecha de emisión del certificado: _____

Verificación de la firma del Director/Administrador: _____

La prueba de la identidad y edad de su hijo/a puede incluir una copia certificada del certificado de nacimiento, tarjeta del registro de su nacimiento, notificación del nacimiento (registro del hospital, médico, o partera), pasaporte, copia del convenio de colocación u otra prueba de la identidad de su criatura por parte de una agencia de colocación del niño, registro de una escuela pública del estado de Virginia, o el certificado de un director o personal designado de una escuela pública de los EE.UU. que indique que una copia certificada del registro del nacimiento de su hijo/a le fue presentada con anterioridad.

No es necesario presentar la prueba de identidad de su niño/a cuando éste/a atiende una escuela pública en Virginia y cuando además Hopkins House asume la responsabilidad de su niño/a directamente de la escuela (por ejemplo, programa post escolar) o Hopkins House transfiere responsabilidad de su niño/a a la escuela (por ejemplo, programa preescolar). Aunque no es necesario que la prueba de identidad de su niño/a sea mantenida en el registro de Hopkins House, tal registro debe mantener algún documento que indique que tal prueba les ha sido presentada.

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con

CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA

Llamando al número de teléfono: 703-549-4232

PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE LA COMIDA DE NIÑOS Y ADULTOS DE USDA (USDA CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM - CACFP)

Estimados Padres o Guardianes:

La Academia Preescolar de Hopkins House participa en el programa del Ministerio de Agricultura de los EE.UU. acerca del Cuidado de la Comida de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program CACFP) al hacer completar, firmar y devolver la declaración adjunta lo más pronto posible. La declaración será archivada como dato privilegiado y confidencial. Aunque todos los niños registrados en nuestro centro reciben comidas gratuitas, este dato es imprescindible para determinar el importe de los fondos federales recibidos por nuestro centro para las comidas que servimos a nuestros niños. Un reembolso más alto contribuye además a una calidad total más alta en el cuidado que mantenemos como proveedores.

Si UD recibe cupones para la comida (Food Stamps) u otros beneficios bajo el programa temporario de asistencia a familias necesitadas del estado de Virginia (Virginia Temporary Assistance to Needy Families (TANF)) para su niño, entonces por favor anote el número de su caso, sea de Food Stamp o de TANF, en la Parte 3A y asegúrese de firmar y fechar la Parte 4 de la declaración. El significado de haber hecho esta anotación es que su niño será "categóricamente elegible" bajo el programa CACFP y que será calificado automáticamente permitiéndonos recibir tal reembolso.

Si no tienen número de caso, sea de Food Stamp o de TANF para declarar, deben completar la Parte 3B de la declaración. UD debe incluir sus ingresos totales actuales dando su fuente u origen y los nombres de todos los miembros del hogar. CACFP define un hogar como un grupo de individuos, pertenecientes o no a una misma familia, que viven como unidad económica (es decir que comparten los gastos de la vida y de la vivienda). El informe de los ingresos debe incluir todo lo que tales miembros de la vivienda han recibido durante el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias debidamente, UD debe proporcionar una proyección de sus ingresos usando como base los ingresos del año pasado. Rogamos que recuerden de poner el nombre y el número del seguro social del trabajador principal asalariado, bajo la tabla. Además, UD debe firmar y fechar la Parte 4.

Si esta solicitud es para un niño acogido temporalmente, rogamos que completen las Partes 2 y 4. Un niño acogido, de cuya responsabilidad se encarga la agencia de asistencia pública o una corte judicial, puede ser certificado como elegible para comidas gratuitas sin tomar en cuenta los ingresos del hogar. Si UD ha acogido un niño, por favor, antes de completar esta solicitud, póngase en contacto con nuestra oficina para más información.

Todas las comidas servidas a los niños bajo el programa CACFP se sirven gratuitamente sin tomar en cuenta la raza, el color, el sexo, el origen nacional, edad o discapacidad de los beneficiados. No existe discriminación en el régimen de admisión, el servicio de las comidas o el uso de las instalaciones de nuestra academia. Toda queja acerca de actos discriminatorios deben ser sometidas al director de USDA a la siguiente dirección: USDA, Director, Office of Civil Rights Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW Washington DC 20250-9410 o llamando al siguiente número (202)720-5964 (tanto voz como TDD para gente con sordera).

Muchísimas gracias por su cooperación.

(Ver el formulario de la página siguiente)

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232*

**CENTRO DE NIÑOS CACFP
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Edad o Fecha
de
nacimiento

Está registrado/a en:

Nombre del niño/a

[Hopkins House – Un Centro para Niños y sus Familias](#)

Nombre del Centro

Dirección del Centro

Comenzando
el:

(mes/día/año)

Días normales del cuidado otorgado: **L** **Mar** **Miér.** **J** **V** **Sáb.** **Dom.**
(Ponga visto bueno para todos los días debidos)

Comidas normales que se espera se servirán a diario: **Desayuno** **AM Merienda**

Almuerzo

PM Merienda

Cena

(Ponga visto bueno para todas las comidas para los días debidos)

Por favor explique cualquier circunstancia inusitada con respecto a la asistencia de su niño/a al Centro:

Firma:

Fecha:

(Padres/Guardianes)

Campos opcionales para los padres/guardianes:

Dirección: _____

No. de teléfono: _____

Para uso del Centro solamente:

El participante dejó de atender el:

(Fecha)

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232*

EXÁMENES MÉDICOS E INMUNIZACIONES

Todos los niños admitidos a las Academias Preescolares de Hopkins House, deben proporcionar dos certificados, uno del examen físico proporcionado por un médico y el otro certificando sus inmunizaciones, *antes de ser admitido*. Este requisito es para la protección de su hijo/a y de los demás niños registrados en la academia preescolar.

La siguiente lista demuestra las inmunizaciones mínimas requeridas para que los niños sean admitidos a las academias preescolares de Hopkins House:

- **DTP:** TRES (3) dosis de DTP, una (1) de ellas debiendo ser administrada después del cuarto cumpleaños. Si cualquiera de estas dosis deben ser administradas el día o después del séptimo cumpleaños, se debe usar una vacuna adulta Td en vez de la vacuna DTP.
- **OPV:** TRES (3) dosis del OPV trivalente o TRES (3) dosis del eIPV (cuando la OPV está contraindicada hablando médicamente), una dosis debiendo ser administrada después del cuarto cumpleaños.
- **SARAMPIÓN:** DOS (2) dosis de la vacuna viva (rubéola) del virus del sarampión, la primera (1) dosis dada a los 12 meses o más de edad y la segunda dosis debiendo ser administrada antes de comenzar el jardín de infantes o el primer grado, lo primero en acontecer.
- **RUBÉOLA:** UNA (1) dosis de la vacuna de la rubéola recibida a los 12 meses o más de edad.
- **PAPERAS:** UNA (1) dosis de la vacuna de las paperas recibida a los 12 meses o más de edad.
- **GRIPE HEMOFÍLICA TIPO b (Hib):** Para niños a través de los 30 meses de edad. Administraciones adicionales de esta vacuna deberán ser dadas según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría o del Servicio de Salud Pública de los EE.UU.

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA
Llamando al número de teléfono: 703-549-4232*

FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS PARA EL AÑO ESCOLAR _____

Complete, firme y devuelva el formulario a _____. Por favor lea las instrucciones. Si usted necesita ayuda para completar este formulario llame al: _____.

1 NOMBRE DEL NIÑO:

Apellido	Nombre	Inicial 2º Nombre
PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN LA ESCUELA, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:		PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN JARDÍN INFANTIL, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:
Grado del niño: _____		Nombre del Jardín Infantil: _____
O		
Nombre de la escuela: _____		Nombre del proveedor de cuidado de niños en su casa: _____
Nombre del patrocinador (si lo sabe): _____		
PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE ALIMENTOS EN EL VERANO ("SFSP"), MARQUE ESTA CASILLA [<input type="checkbox"/>]		

2 ¿Es este un niño a cargo de servicios sociales? (Vea las instrucciones) Si este es un niño a cargo de servicios sociales, marque aquí [] y anote el ingreso mensual para uso personal del niño aquí: \$ _____. Vaya a la sección #5.

3 ¿Está usted recibiendo beneficios de CUPONES PARA ALIMENTOS, "TANF" o "FDPIR" para su hijo? Anote el NÚMERO DEL CASO. NO complete la sección #4. Vaya a la sección #5.

Número del caso de cupones para alimentos: _____ Número del caso de "FDPIR": _____

Número del caso de "TANF": _____

4 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: (Complete esta parte sólo si no completó las secciones #2 o #3) Anote a todos los miembros del grupo familiar, incluyendo al niño que se nombra más arriba. Anote todos los ingresos. Vaya a la sección #5.

Nombres	Actual Ingreso Mensual			
	Ingresos mensuales del trabajo (antes de las deducciones) Trabajo I	Asistencia social, pensión para hijos, pensión alimenticia mensual	Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguro social	Ingresos mensuales del trabajo 2 o cualquier otro ingreso mensual
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
10. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
11. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
12. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de cupones para alimentos, "FDPIR", "TANF" u otro programa elegible es vigente, correcto o que se da cuenta de todos los ingresos. Entiendo que se da esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la institución pueden verificar la información en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

Firma del adulto: _____ Número de seguro social: _____-_____-_____

¿Es usted un proveedor de cuidado de niños en su casa que está solicitando beneficios a Nivel I? Sí [] No []

Nombre en letra imprenta: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha: _____

Declaración de la Ley de Privacidad. A menos que usted anote el número del caso de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" de niño o esté solicitando para un niño a cargo de los servicios sociales, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que usted incluya el número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario o que indique que el miembro del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social. No tiene que anotar un número de seguro social, pero si no se anota un número de seguro social o no se hace la indicación que el miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social, no podemos aprobar el formulario. El número de seguro social puede usarse para identificar al miembro del grupo familiar al verificar la exactitud de la información expresada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y puede incluir comunicarse con empleadores para determinar el ingreso, comunicarse con una oficina de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" para determinar la certificación actual para los beneficios de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF", comunicarse con la oficina estatal de seguridad del empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobar la documentación presentada por el miembro del grupo familiar para comprobar el monto del ingreso recibido. Esas acciones pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, demandas administrativas o acciones legales si se da información incorrecta. El número de seguro social también puede revelarse a programas según se autoriza en la Ley Nacional de Almuerzo Escolar y la Ley de Nutrición Infantil, al Contralor General de los Estados Unidos y a los funcionarios del orden público con el propósito de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

6 IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA: No está obligado a contestar estas preguntas. Si decide hacerlo:

Por favor marque una o más de las siguientes identidades raciales:

[] Indígena estadounidense o nativo de Alaska [] Asiático [] Negro o afroestadounidense [] Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico [] Blanco

Por favor marque una de las siguientes identidades étnicas:

[] Hispano o latino [] No hispano o latino

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. ("USDA") prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base a la raza, color de la piel, país de origen, género, edad o discapacidad. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de la información del programa (Braille, letras grandes, cinta de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET de "USDA" al (202) 720-2600 (voz y para sordos).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5946 (voz y para sordos). "USDA" es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Para Uso Oficial Solamente:

Grupo familiar categóricamente elegible gratuito para cupones para alimentos/"FDPIR"/"TANF" u otro programa elegible para beneficios (sólo hogares de cuidado de niños nivel II):

[] Sí [] No

CONVERSIÓN DEL INGRESO MENSUAL: SEMANALMENTE x 4,33, CADA 2 SEMANAS X 2,15, DOS VECES AL MES X 2

Ingreso mensual total: _____ Tamaño del grupo familiar: _____ Elegible: _____ NO Elegible: _____

Clasificación de elegibilidad: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____ Pagado: _____ Provisional: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____
Nivel I _____ Nivel II _____ Período de tiempo: _____

Funcionario que determina: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Spanish

LA PRÓXIMA PÁGINA ES PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

EL DIRECTOR DE LA ACADEMIA PREESCOLAR COMPLETARÁ LA
PÁGINA SIGUIENTE Y LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA

Los datos que UD ha proporcionado ayudarán a que el personal de la Academia Preescolar proporcione servicios de la más alta calidad, tanto para UD como para sus hijos. El carácter privilegiado y confidencial de estos datos será mantenido estrictamente.

La página 5 de este paquete de datos requiere la presencia de un NOTARIO. Es posible que su banco proporcione este tipo de servicio que por lo general es gratuito.

Cuando devuelva este paquete de datos, UD también deberá traer consigo el certificado de nacimiento de su hijo/a (el certificado mismo o una copia).

Por favor complete este paquete de datos y devuélvalo lo más pronto posible. Su niño/a sólo será aceptado/a a la Academia Preescolar DESPUÉS que hayamos recibido en nuestras oficinas este paquete de datos enteramente completado y firmado.

Si podemos ayudarle en cualquier cosa, por favor no deje de ponerse en contacto con nosotros, cuando le sea conveniente.

¡MUCHÍSIMAS GRACIAS
POR HABER ELEGIDO
A HOPKINS HOUSE
PARA EL CUIDADO DE SU NIÑO/A!

Solicitud de Ingreso a la Academia Preescolar Hopkins House

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario póngase en comunicación con
CONSEJERO, ADMISIONES Y AYUDA FINANCIERA PARA LA ENSEÑANZA*

Llamando al número de teléfono: 703-549-4232