



Formulario de registro del Programa de Aprendizaje Temprano de NECC

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ GÉNERO: M / F Edad ____

Fecha de inscripción: _____

Domicilio (Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono residencial () - Teléfono celular () -

Origen étnico: (Tenga en cuenta que necesitamos esta información solo para nuestro informe demográfico a nuestros financiadores. Rodear todo lo que se aplique)

Afroamericano Caucásico Asiático/isleño del Pacífico
Hispano / Latinx Nativo Americano\ Indio Mixto Otro: _____

Información para padres/tutores:

Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono principal _____ Teléfono principal _____

Teléfono celular _____ Teléfono celular _____

Empleador _____ Empleador _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Dirección (si es diferente del niño): _____ Dirección (si es diferente del niño): _____

Permiso para enviar mensajes de texto: Sí / No Permiso para enviar mensajes de texto: Sí / No
(Por favor, rodee uno)

Cual es su método preferido para contactar a Ud.?

Información de contacto de emergencia (Nombre de alguien a su lado y / o cónyuge que puede ser contactado en caso de una emergencia) **TENGA EN CUENTA QUE ESTO ES OBLIGATORIO:**

Nombre _____ Teléfono _____ 2nd Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____ 2nd Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____ 2nd Teléfono _____



Su hijo no será entregado a nadie que no figure en la lista a continuación. Hasta que estemos familiarizados con los nombres y las caras de las recogidas autorizadas, pediremos identificación. Nota: Si hay problemas de custodia relacionados con su hijo, proporciónenos la documentación como se describe en el manual para padres. Estos permanecerán confidenciales.

Las siguientes personas están autorizadas a recoger (Nombre del niño): _____

1. _____ Relación: _____
2. _____ Relación: _____
3. _____ Relación: _____

Información Médica:

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____ Teléfono: _____

Dentista (si procede): _____ Teléfono: _____

Mi hijo tiene las siguientes necesidades especiales:

Es posible que se requieran las siguientes adaptaciones especiales para satisfacer de manera más efectiva las necesidades de mi hijo mientras está en el programa.:

Mi hijo está actualmente tomando medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo y / o tiene las siguientes enfermedades preexistentes, alergias o problemas de salud:

Mi hijo tiene las **siguientes alergias/sensibilidades alimentarias:**



Autorización médica de emergencia

Deber (Nombre del niño) _____ Fecha de Nacimiento: _____

sufrir cualquier lesión o enfermedad mientras esté bajo el cuidado del Programa de Aprendizaje Temprano de NECC y no pueda comunicarse conmigo (nosotros) de inmediato, estará autorizado para asegurar la atención médica y el cuidado del niño que sea necesario. Yo (nosotros) asumiremos la responsabilidad del pago de los servicios.

X _____
(Firma del padre/tutor)

Fecha: _____



Programa de aprendizaje temprano

Acuerdo familiar

El programa de Aprendizaje Temprano acuerda proporcionar cuidado infantil para (Nombre del niño) _____

Nuestro programa tiene un espacio limitado: tener un horario establecido para cada niño, nos permite ofrecer cuidado infantil a tantas familias como sea posible. Indique a continuación los días que anticipa que asistirá su hijo. Si el horario de su hijo va a cambiar permanentemente, debe hablar con el Gerente de ELP.

Mi hijo, _____ participará en el programa en los días siguientes y los horarios de llegada y salida indicados.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
___AM - ___PM					

El Programa de Aprendizaje Temprano de NECC opera de **8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a sábado**. Le pedimos que llegue a sus horarios programados de entrega y recogida y cumpla con nuestras horas de operación, respete los horarios de nuestro personal y recoja a su hijo con prontitud. Si se necesitan cambios, comuníquese con ELP Manager lo antes posible, para que podamos trabajar para satisfacer sus necesidades.

Mi hijo participará en la(s) siguiente(s) Comida(s):

Desayuno ___ Almuerzo ___ Merienda PM ___ Ninguno ___ Proporcionaré un almuerzo [sin maní] y dos bocadillos para mi hijo. Inicial para padres: _____

Programas:

Tarifas diarias: (también se aplica a las horas de 'drop-in' de los sábados)	Tarifas semanales:
18 - 36 meses: \$55	18 - 36 meses: \$275
36 - 48 meses: \$52	36 - 48 meses: \$260



Programa de aprendizaje temprano

Acuerdo familiar

Información de escale deslizando:

El Programa de Aprendizaje Temprano de NECC ofrece tarifas basadas en una escala móvil de acuerdo con el ingreso anual de su familia. Si está interesado en recibir tarifas de escala móvil, ingrese su ingreso anual estimado a continuación.

Familia estimada anual income:

\$ _____

** El programa de aprendizaje temprano de NECC quiere garantizar que **TODOS** los niños puedan asistir a nuestra programación y, como agencia sin fines de lucro, estamos comprometidos a explorar otros medios de pago para las familias que no pueden permitirse el lujo de cubrir la matrícula del programa. **

Acuerdo de siesta / tiempo de descanso:

Los arreglos para dormir y dormir la siesta se requieren por escrito entre el padre y el proveedor de cuidado infantil. El programa mantendrá este acuerdo completado en el archivo del niño. Este arreglo es requerido por las regulaciones del Centro de Cuidado Diurno OCFS de NYS.

Yo, _____, entender que mi hijo _____,
(Nombre del padre)

mientras que bajo el cuidado del Programa de Aprendizaje Temprano de NECC dormirá la siesta / descansará en una (cuna / colchoneta) en el aula del niño _____.

Entiendo que mientras mi hijo duerme siestas /descansa siempre tendrá una supervisión adecuada y competente, a través de la supervisión directa por parte de un personal del programa que está en la misma habitación y tiene contacto visual directo con cada niño. Si mi hijo tiene entre 12 y 18 meses de edad, entiendo que mi(s) hijo(s) será colocado(s) boca arriba para dormir.

Si su hijo no duerme, se le proporcionará una actividad tranquila para hacer con un miembro del personal durante el período de descanso.

Caminar field trip agreement:

Las regulaciones de la guardería OCFS de NYS requieren que los programas de cuidado infantil planifiquen el juego al aire libre / los tiempos en que el clima lo permite. El Programa de Aprendizaje Temprano de NECC saldrá todos los días, si el clima lo permite, para el juego no



Programa de aprendizaje temprano

Acuerdo familiar

estructurado y el movimiento motor grueso. También podemos dar paseos por la comunidad relacionados con el tema en el que estamos trabajando O si el área de juegos / al aire libre no es propicia para el juego de los niños. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

Consentimiento de los padres/tutores:

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes al vecindario (es decir, biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo la supervisión adecuada. Al menos dos miembros del personal del programa estarán presentes en las caminatas. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

Autorizo al Programa de Aprendizaje Temprano de NECC a tomar fotos y videos de mi hijo y entiendo que estas fotos y videos pueden usarse con fines publicitarios y de marketing. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

Autorizo al Programa de Aprendizaje Temprano de NECC a tomar fotos y videos de mi hijo, pero **NO doy** mi consentimiento a fotos o videos de mi hijo en materiales publicitarios o de marketing. Entiendo que las fotos pueden publicarse alrededor del aula o del edificio del programa de mi hijo. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

Autorizo al Programa de Aprendizaje Temprano de NECC a obtener atención médica de emergencia para mi hijo cuando no estoy disponible y entiendo que soy responsable de todos los cargos por servicios médicos de emergencia si es necesario. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

He recibido una copia y acepto cumplir con las políticas y procedimientos enumerados en el Manual Familiar del Programa de Aprendizaje Temprano de NECC. *Iniciales de los padres/tutores:* _____

Entiendo que el Programa de Aprendizaje Temprano me aconsejará sobre el progreso de mi hijo y los problemas relacionados con el cuidado de mi hijo, así como cualquier práctica individual relacionada con las necesidades individuales de mi hijo. También entiendo que mi participación es alentada en las actividades del programa. *Iniciales de los padres/tutores:* _____



Programa de aprendizaje temprano

Acuerdo familiar

Este acuerdo puede ser rescindido por el padre/ tutor o por el Programa de Aprendizaje Temprano de NECC con un aviso por escrito de 30 días antes de la fecha de finalización. El Programa de Aprendizaje Temprano de NECC puede rescindir inmediatamente el contrato sin previo aviso si el padre / tutor no realiza los pagos a su vencimiento y después de que se exploraron todas las resoluciones, o si hay un problema relacionado con la seguridad de los niños o el personal del centro.

La firma del padre/tutor de este acuerdo entiende la información compartida anteriormente y la responsabilidad de cumplir con las políticas escritas del Programa de Aprendizaje Temprano de NECC.

El Programa de Aprendizaje Temprano puede hacer cambios a las políticas escritas de vez en cuando. Los padres serán notificados por escrito de cualquier cambio en la política no menos de dos semanas antes de su fecha de vigencia. Es responsabilidad del padre/tutor estar al tanto de cualquier cambio realizado en las políticas escritas del centro.

Suserito: _____ Fecha: _____
(Padre/Tutor)

Suserito: _____ Fecha: _____
(Gerente del Programa ELP)



Early Learning Program

Siesta/ reposo contrato

Nombre del niño: _____

Se requieren arreglos para dormir y dormir la siesta por escrito entre el padre y el niño proveedor de atención. El programa mantendrá este acuerdo completo en el archivo del niño. This arrangement is required by the NYS OCFS Day Care Center regulations.

Yo, _____, entiendo que mi hijo _____, (Nombre del padre) mientras está bajo el cuidado de NECC's Early Learning Program dormirá la siesta/reposo en una cuna en el aula _____.

Entiendo que mientras mi hijo duerme la siesta/siempre tendrán una supervisión adecuada y competente, a través de la supervisión directa de un personal del programa que está en la misma habitación y tiene contacto visual directo con cada niño.

Si mi hijo tiene entre 12 y 18 meses de edad, entiendo que mi(s) hijo(s) será colocado(s) boca arriba para dormir.

Si su hijo no duerme, se le proporcionará una actividad tranquila para hacer con un miembro del personal durante el período de descanso. _____ Inicial para padres

Se proporcionará una sábana de cuna y se lavará semanalmente y / o cuando esté sucia por:

Familia Programa de Aprendizaje Temprano de NECC

Una manta ligera será proporcionada y limpiada semanalmente y / o cuando esté sucia por:

Familia Programa de Aprendizaje Temprano de NECC

Comentarios adicionales sobre los arreglos de siesta / sueño del niño:

Firma familiar: _____ Fecha: _____

Gerente de Programa: _____ Fecha: _____



Programa de Aprendizaje Temprano

Encuesta de Interés Infantil y Familiar

Nombre del niño: _____ Apodo: _____

Apellido: _____

La actividad favorita de su hijo: _____

La actividad menos favorita de su hijo: _____

Las comidas favoritas de su hijo: _____

Los alimentos menos favoritos de su hijo: _____

¿Qué bebidas bebe su hijo? Agua Jugo Leche Otro: _____

¿El temperamento de su hijo? Fácil Lento a cálido Difícil

Tres palabras que describen a su hijo son...

- 1.
- 2.
- 3.

¿Qué tipo de cosas molestan a su hijo? _____

¿Qué motiva a su hijo? _____

¿Su hijo duerme la siesta en casa? Sí No

¿Cómo describiría la rutina de su hijo a la hora de acostarse?

¿Su hijo tiene un apego?: Juguete/manta chupete Chupa el pulgar / dedos

Otro: _____

¿Qué días festivos celebra su familia? _____

¿Cuáles son sus tradiciones familiares favoritas?

¿Quién vive con su hijo? (Marque todo lo que corresponda) madre padre madrastra

padrastro Abuelo(s) padres adoptivos Tutor(es) Otro: _____

¿Cuántos años tienen los niños...? (Marque todo lo que corresponda)

0-3 4-5 6-11 12 -18 Otro: _____



Programa de Aprendizaje Temprano

¿A su hijo le gusta jugar con otros niños? Sí No Otro:

¿Su hijo ha asistido a una guardería antes? Sí No

¿En caso afirmativo, cómo fue su experiencia?

¿Su hijo está recibiendo actualmente servicios especiales? (Marque todo lo que corresponda)

Discurso Asesoramiento Fisioterapia Terapia ocupacional Otro: _____

¿Cuáles son las tres metas que tiene para su hijo este año?

- 1.
- 2.
- 3.

¿Cómo le gustaría recibir noticias del personal del programa? (Marque todo lo que corresponda)

En persona Notas enviadas a casa con su hijo Textos Llamadas Correo electrónico

¿Con respecto a su hijo, por cuáles de las siguientes razones debemos contactar a Ud.? (Marque todo lo que corresponda)

- Eventos y actividades que se llevan a cabo en el aula de su hijo
 - Progreso del desarrollo de su hijo
 - Progreso conductual de su hijo
 - Cosas que su hijo hace bien
 - Cosas con las que su hijo está luchando
 - Otros (por favor describe):
-

¿Cuáles de las siguientes oportunidades asistirían Ud. y su hijo?

- Noche familiar con actividades prácticas
 - Reunión con el maestro de su hijo
 - Visitas domiciliarias
 - Grupos de apoyo para padres
 - Intercambio de juguetes, libros o ropa (usado suavemente)
 - Oportunidades de servicio comunitario
 - Otros (por favor describe):
-

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

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	NOMBRE DEL PROGRAMA:		DIRECCIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO () -	
	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): NOMBRE PREFERIDO/APODO:				FECHA DE NACIMIENTO: / /	
	DIRECCIÓN DE LA CASA DEL NIÑO(A):					
	NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A):			RELACIÓN CON EL NIÑO(A): <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Encargado(a) <input type="checkbox"/> Pariente _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		
NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A): () - <input type="checkbox"/> puede enviar textos				DIRECCIÓN DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO[A]):		
Correo electrónico:						
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES		Autorizado para recoger al niño(a)	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO
	Contacto principal:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
For Program Use Only Date of Enrollment: / /				For Program Use Only Date of Disenrollment: / /		

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO: / /	
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Intervención temprana/Educación especial <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> El habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Alergias (lista) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:			
NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL DEL NIÑO(A)/GRUPO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
HOSPITAL PREFERIDO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
CUIDADO DENTAL DEL NIÑO(A):		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/			
ACUERDOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 			
FIRMA DEL PADRE/ MADRE O PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):			FECHA: / /