

CHILD INFORMATION CARD
State of Delaware
Department of Services for Children, Youth, and Their Families

Child's Information			
Child's name:	Date of birth:	Date of enrollment:	Date of discharge:
Child's address:		Hours and days child is scheduled to attend:	
Parent/Guardian Information (1)		Parent/Guardian Information (2)	
Name:		Name:	
Address, if different from child's:		Address, if different from child's:	
Home phone:	Cell phone:	Home phone:	Cell phone:
Work phone:	Hours of employment:	Work phone:	Hours of employment:
Employer name and address:		Employer name and address:	
Additional Emergency Contacts and People Authorized to Pick-up Child			
Name:	Address:	Phone:	
Name:	Address:	Phone:	
Name:	Address:	Phone:	

☐ **Emergency Medical Care**

I, _____, the parent (or legal guardian) of _____, who is my minor child, hereby authorize emergency medical treatment for my child in the event I cannot be contacted to give permission to treat. I understand I will be financially responsible for the cost of such treatment.

☐ **Transportation**

I, _____, the parent (or legal guardian) of _____, who is my minor child, hereby give permission for my child to be transported by the licensee/staff/substitute.

 Signature of parent/guardian

 Date

Medical Information	
Name of child's physician:	Office phone:
Special medical information, medications, allergies, diet:	Health insurance identification information:

The above information is necessary for your child's protection and this facility is required to have it. Keep this information current.

TARJETA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE
Estado de Delaware
Departamento de Servicios para niños, jóvenes y sus familias

Informacion del estudiante			
Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Día de inscripción:	Día de terminación:
Dirección del niño:		Horas y días que el niño está programado a asistir:	
Información del Padre/tutor (1)		Información del Padre/tutor (2)	
Nombre:		Nombre:	
Dirección, si es diferente de la del niño:		Dirección, si es diferente de la del niño:	
Teléfono de la casa:	Celular:	Teléfono de la casa:	Celular:
Teléfono trabajo:	Horas de empleo:	Teléfono trabajo:	Horas de empleo:
Nombre y dirección del empleador:		Nombre y dirección del empleador:	
Contactos de emergencia adicionales y personas autorizadas a recoger al niño			
Nombre:	Dirección:		Teléfono:
Nombre:	Dirección:		Teléfono:
Nombre:	Dirección:		Teléfono:

☐ **Cuidado médico de emergencia**

Yo, _____, padre (o tutor legal) de _____, quien es mi hijo menor de edad, autorizo para que reciba tratamiento médico de emergencia en el evento de que yo no pueda ser contactado para dar mi permiso para el tratamiento. Yo entiendo que seré financieramente responsable por el costo de dicho tratamiento.

☐ **Transportación**

Yo, _____, padre (o tutor legal) de _____, quien es mi hijo menor de edad, doy permiso para que mi hijo sea transportado por un miembro autorizado del personal/ sustituto.

Firma del padre/tutor

Fecha

Información Médica	
Nombre del médico del niño:	Teléfono de la oficina:
Información médica especial, medicamentos, alergias, dieta:	Información de identificación del seguro de salud:

La información anterior es necesaria para la protección de su hijo y esta Institución debe tenerla. Mantenga esta información actualizada.

2023 - 2024 Delaware Prototype Income Eligibility Form
Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

STEP 1 List ALL Household Members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."
Children in Foster care and children who meet the definition of Homeless, Migrant or Runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	DOB	Enrolled? Yes No	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway

STEP 2 ENROLLMENT INFORMATION

Start Date:	Arrival Time:	AM/PM	Departure Time:	AM/PM	Shift Work: Yes/No
Normal days of week Participant(s) is/are in care (circle all that apply):			Mon	Tues	Wed
Meals eaten at Providers/Center: (Circle all that apply. CACFP provides reimbursement for up to 2 approved meals and one snack per day/participant):			Thurs	Fri	Sat
Breakfast	AM Snack	Lunch	PM Snack	Supper	Evening Snack

STEP 3a CHILD CARE PROGRAM PARTICIPANTS ONLY: Do any Household Members (including you) currently participate in any of the following assistance programs: SNAP or TANF?

If NO > Go to STEP 4. If YES > Write a case number here, then go to STEP 5 (DO NOT COMPLETE STEP 4) Case Number:

STEP 3b ADULT DAY CARE PROGRAM PARTICIPANTS ONLY Name of Adult Participant:

Do any Household Members (including you) currently receive one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, SSI, or Medicaid?
Circle one: Yes / No
If NO > Go to STEP 4. If YES > Write a case number here, then go to STEP 5 (DO NOT COMPLETE STEP 4). Case Number:

STEP 4 Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered "Yes" and provided a case number in STEP 3a or 3b)

A. Child Income
Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all Household Members listed in STEP 1 here.

B. All Adult Household Members (including yourself)
List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How often?				Public Assistance/ Child Support/Alimony	How often?				Pensions/Retirement/ All Other Income	How often?			
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly

Total Household Members (Children and Adults) Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

STEP 5**An adult household member must sign and date this form before it can be approved.**

"I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that CACFP officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."

Street Address (if available)		Apt #	City	State	Zip	Daytime Phone and Email (optional)	
Printed name of adult signing the form			Signature of adult			Today's date	

OPTIONAL**Racial and Ethnic Identities**

We are required to ask for information about your race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one): ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Race (check one or more): ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Black or African American ☐ Asian ☐ White

The **Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

- mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- email:**
Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

Do not fill out**For SPONSOR Use Only**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income 	How often?				Household Size 	Categorical Eligibility (If Yes, Check One): ☐ SNAP (Food Stamp) Household ☐ TANF Household ☐ Head-Start ☐ ECAP ☐ Foster ☐ Homeless/Migrant/Runaway ☐ SSI (adult participant only) ☐ Medicaid (adult participant only)	DATE WITHDRAWN:
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly			
Determining Official's Signature 				Date 			

Eligibility		
Free	Reduced	Paid
☐	☐	☐

PASO 1

Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12, inclusivo (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro de la vivienda**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".

Los niños en **régimen de acogida** y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Sí No	Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado

PASO 2

¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP, TANF o FDPIR?

En caso NEGATIVO > Vaya al PASO 3

En caso AFIRMATIVO > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Número de expediente:

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

PASO 3

Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A. Ingresos del niño

A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales

B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)

Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)

Ingresos profesionales

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales

Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales

Pensión/jubilación/ otros

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda

X X X X X X

Marque si no tiene SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de un adulto. ENTREGUE O ENVÍE LA SOLICITUD A LA ESCUELA.

“Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para obtener fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes”.

Dirección (si está disponible)

Apartamento n.º

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

INSTRUCCIONES

Fuentes de ingresos

Fuente de ingresos de niños	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al sobreviviente	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos		
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensión / jubilación / otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio propio) Si está en el Ejército de Estados Unidos: - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

OPCIONAL

Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

La **ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

*Solo use esta dirección si está presentando una queja por discriminación

fax:

(202) 690-7442; o

correo electrónico:

program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

No rellenar

Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income

How often?

WeeklyBi-Weekly2x MonthMonthly

☐☐☐☐

Household size

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Categorical Eligibility

☐

Eligibility:

FreeReducedDenied

☐☐☐

PARTICIPATION IN THE CACFP PROGRAM

Child's Name: _____

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability or retaliation.

If you require this information in alternative format (Braille, large print, audiotape, etc.), contact the USDA's TARGET Center at (202)720-2600 (Voice of TDD).

If you require information about this program, activity or facility in a language other than English, contact the USDA agency responsible for the program or activity, or any USDA office.

To file a complaint alleging discrimination, write USDA, director, Office of Civil rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 or call, toll free, (866)632-9992 (Voice). TDD users can contact USDA through local relay or the Federal Relay at (800)877-8330 (TDD) or (866)377-8642 (relay voice users). USDA is an equal opportunity Provider and employer.

I acknowledge that I have been informed of the non-discrimination statement or procedures to file complaints.

Signature of Parent / Guardian

Date

~~~~~

## PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA CACFP

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

Conforme a la Ley Federal y la política de investigación agrícola (ARS), esta institución se prohíbe la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o como represalia.

Si necesita esta información en formato alternativo (Braille, letra grande, audio, etc.), comuníquese con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz de TDD).

Si desea obtener más información sobre este programa, actividad o instalación en un idioma distinto del inglés, comuníquese con la Agencia USDA responsable por el programa o actividad o cualquier oficina de USDA.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, director, oficina de Civil rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame, peaje libre, (866) 632-9992 (voz). Usuarios de TDD pueden contactar con USDA a través de relé local o el relé Federal al (800) 877-8330 (TDD) o (866) 377-8642 (usuarios de voz del relé). USDA es un proveedor de igualdad y empleador.

Reconozco que he sido informado de la declaración de no discriminación o procedimientos para presentar quejas

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha





## Child and Adult Care Food Program

Dear Parent or Guardian:

Please fill out the attached form and return it as soon as possible. The form will be kept in our files and treated as confidential. The information you give will help us get money for the meals served to children in our program through the U. S. Department of Agriculture's Child and Adult Care Food Program.

If you receive SNAP (Food Stamps) or TANF funding, fill out top of Part 3 of the form with your case number.

If you have a foster child in our program (he/she must be a legal ward of the State), check the applicable box in Part 1. If you are homeless, check (☒) the box in part 2.

If you do not have a SNAP (Food Stamps) number, TANF case number, or are not a foster child, you **must** fill out Part 3 of the form. Include the income(s) of all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children who live with you. An adult household member *[parent/legal guardian]* must sign and date the form and provide the last four (4) digits of their Social Security number.

The income you report must be last month's total household income, before any taxes or anything else is taken out, for each household member. List the amount you normally get. For example, if you normally get \$1,000 each month, but you missed some work last month and only got \$900, put down that you get \$1,000 per month.

All forms must be signed and dated in Part 4.

Thank you for taking the time to fill out this form. If you need any help, please contact Ms. María or Ms. Karen.

### INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES FOR REDUCED PRICE MEALS

Effective Date July 1, 2023 – June 30, 2024

| FAMILY SIZE                                | YEARLY   | MONTHLY | WEEKLY  |
|--------------------------------------------|----------|---------|---------|
| 1                                          | \$26,973 | \$2,248 | \$519   |
| 2                                          | \$36,482 | \$3,041 | \$702   |
| 3                                          | \$45,991 | \$3,833 | \$885   |
| 4                                          | \$55,500 | \$4,625 | \$1,068 |
| 5                                          | \$65,009 | \$5,418 | \$1,251 |
| 6                                          | \$74,518 | \$6,210 | \$1,434 |
| 7                                          | \$84,027 | \$7,003 | \$1,616 |
| 8                                          | \$93,536 | \$7,795 | \$1,799 |
| For each additional household member, add: | \$9,509  | \$793   | \$183   |

### **USDA Nondiscrimination Statement**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program for USDA's TARGET Center at (202)720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800)877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

- (1) mail:  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax:  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- (3) email:  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

## Programa de alimentos para niños y adultos

Estimado padre o tutor:

Por favor complete el formulario adjunto y devuélvalo lo antes posible. El formulario se guardará en nuestros archivos y se tratará como confidencial. La información que nos proporcione nos ayudará a obtener dinero para las comidas que se sirven a los niños en nuestro programa a través del Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos del Departamento de Agricultura de EE.UU.

Si recibe fondos de SNAP (Food Stamps) o TANF, llene la Parte 3 del formulario con el número de su caso.

Si tiene un hijo de crianza temporal en nuestro programa (él / ella debe ser un pupilo legal del estado), marque la casilla correspondiente de la Parte 1. Si no tiene hogar, marque ( ) la casilla de la Parte 2.

Si no tiene un número de SNAP (cupones de alimentos), número de caso de TANF o no es un hijo de crianza, debe completar la Parte 3 del formulario. Incluya los ingresos de todas las personas que viven en su hogar, relacionadas o no (como los abuelos, otros familiares o amigos). Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven con usted. Un miembro adulto del hogar [padre / madre / tutor legal] debe firmar y fechar el formulario y proporcionar los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social.

Los ingresos que informe deben ser los ingresos totales del mes pasado, antes de que se retire cualquier impuesto o cualquier otra cosa, para cada miembro del hogar. Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$ 1,000 cada mes, pero perdió algunos trabajos el mes pasado y solo recibió \$ 900, anote que recibe \$ 1,000 por mes.

Todos los formularios deben estar firmados y fechados en la Parte 4.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Si necesita ayuda, comuníquese con la Sra. María o la Sra. Karen.

### GUÍAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS

**Fecha de vigencia 1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024**

| TAMAÑO DE FAMILIA                               | ANUAL    | MENSUAL | SEMANAL |
|-------------------------------------------------|----------|---------|---------|
| 1                                               | \$26,973 | \$2,248 | \$519   |
| 2                                               | \$36,482 | \$3,041 | \$702   |
| 3                                               | \$45,991 | \$3,833 | \$885   |
| 4                                               | \$55,500 | \$4,625 | \$1,068 |
| 5                                               | \$65,009 | \$5,418 | \$1,251 |
| 6                                               | \$74,518 | \$6,210 | \$1,434 |
| 7                                               | \$84,027 | \$7,003 | \$1,616 |
| 8                                               | \$93,536 | \$7,795 | \$1,799 |
| Para cada miembro adicional del hogar, agregue: | \$9,509  | \$793   | \$183   |

## USDA Nondiscrimination Statement

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa para el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-queja-form.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

(1) correo:

Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida Independencia, SW  
Washington, DC 20250-9410;

(2) fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



## Health & Developmental History

Child's Name: \_\_\_\_\_ Nickname? \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

| Health History                                                                                                                                                                                                                                                                    | Yes | No | If yes, please explain |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|------------------------|
| Did mother have any problems during pregnancy or delivery?<br>¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo o el parto                                                                                                                                                        |     |    |                        |
| Was your child born more than 3 weeks early? Su hijo nació más de tres semanas antes?                                                                                                                                                                                             |     |    |                        |
| ? Did your child have any problems at birth or during the first month of life? ¿Su hijo tuvo algún problema al nacer o durante el primer mes de vida                                                                                                                              |     |    |                        |
| Has your child ever had a serious accident or hospitalization?<br>¿Su hijo ha tenido alguna vez un accidente grave o una hospitalización?                                                                                                                                         |     |    |                        |
| Does your child have any allergies or food sensitivities? ¿Tiene su hijo alguna alergia o sensibilidad al alimento?                                                                                                                                                               |     |    |                        |
| Is your child being treated by a physician for any condition that requires medication (asthma, diabetes, etc.)? ¿Su hijo es tratado por un médico por cualquier condición que requiera medicación (asma, diabetes, etc.)?                                                         |     |    |                        |
| Does your child experience any of the following: squinting, crossed eyes, trouble seeing up close, trouble seeing far away?<br>¿Su hijo experimenta cualquiera de lo siguiente: entrecierra los ojos, cruzar los ojos, dificultad para ver de cerca, problemas para ver de lejos? |     |    |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Does your child have trouble hearing, have more than 3 ear infections in a year, or have tubes in his/her ears? ¿Su hijo tiene problemas auditivos, tiene más de 3 infecciones de oído en un año, o tiene tubos en sus oídos?                                                                                                                                              |  |  |  |
| <b>Dental History</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Has your child seen a dentist?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| Does your child have any of the following: pain or bleeding from teeth or gums, spots or cavities on teeth, broken or cracked teeth, foul odor from mouth? ¿Ha visto su hijo a un dentista?<br>¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas: dolor o sangrado de dientes o encías, manchas, cavidades en los dientes, dientes rotos o agrietados, mal olor de la boca? |  |  |  |
| Does your child drink from a bottle? Su niño usa botella?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| <b>Developmental History</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Does your child have any developmental disability? Su niño tiene alguna discapacidad?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| At what age did your child begin talking? A qué edad comenzó su hijo hablar?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Do you have any concerns about your child's speech? Tiene usted alguna preocupación sobre el lenguaje de su hijo?                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Do you have any concerns about your child's gross motor skills (walking, running, climbing, jumping, etc.)?<br>¿Tiene alguna preocupación acerca de las habilidades motoras gruesas de su hijo (caminar, correr, trepar, saltar, etc.)?                                                                                                                                    |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Does your child use the bathroom?<br>Please describe what assistance he/she needs and where he or she is with toilet training, if started. ¿Su hijo usa el baño? Por favor describa qué ayuda necesita y dónde está con el entrenamiento, si ya empezó. |  |  |  |
| When does your child usually go to sleep at night and wake up in the morning?<br>¿Cuándo va a dormir por la noche y usualmente a qué hora despierta por la mañana?                                                                                      |  |  |  |
| Does your child nap at home?<br>When? Su hijo toma siestas?                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| Is there anything that helps your child fall asleep? ¿Hay algo que ayude a que su hijo se duerma?                                                                                                                                                       |  |  |  |
| Has your child been in childcare before? Su hijo ha estado en guardería antes?                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Does your child have problems separating from you? If yes, what makes separations easier?<br>¿Su hijo tiene problemas para separarse de usted? En caso afirmativo, ¿qué facilita las separaciones?                                                      |  |  |  |
| Do you have any concerns about your child's interactions with other children?<br>¿Tiene alguna preocupación acerca de las interacciones de su hijo con otros niños?                                                                                     |  |  |  |
| Do you have any concerns about the ways your child expresses emotions (happiness, sadness, anger)?<br>¿Tiene alguna preocupación acerca de las formas en que su hijo expresa emociones (felicidad, tristeza, ira)?                                      |  |  |  |
| Is there anything that your child is afraid of? Hay algo que le ocasione miedo a su hijo?                                                                                                                                                               |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| How do you help your child calm down when he/she is upset?<br>¿Cómo ayuda a su hijo a calmarse cuando está molesto?                                                                                                            |  |  |  |
| How do you handle discipline with your child at home? Cómo maneja la disciplina de su hijo en casa?                                                                                                                            |  |  |  |
| <b>Family History</b>                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Is there information about your family composition or household members that you would like to share? ¿Hay información sobre la composición de su familia o los miembros del hogar que le gustaría compartir con nosotros?     |  |  |  |
| Are there cultural or religious holidays that your family observes that you would like to share with the program?<br>¿Hay festividades culturales o religiosas que su familia celebre y le gustaría compartir con el programa? |  |  |  |
| Are there any foods that your family does not eat for religious or cultural reasons?<br>¿Hay alimentos que su familia no come por razones religiosas o culturales?                                                             |  |  |  |





Child Name: \_\_\_\_\_

### **Consent to Release Information**

I, \_\_\_\_\_ give the Latin American Community Center Early Development Center staff permission to request his/her health records and all other records from my child's file. I authorize the release of information deemed necessary to my child's welfare and health to the Latin American Community Center Early Development Center.

Your signature indicates permission.

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

### **Photographs**

Photographs of the children participating in our programs may be taken from time to time and may appear in newspapers, magazines, brochures or other publicity materials. These photographs may be used without compensation and is part of this agreement. All images become property of the Latin American Community Center. Revocation of consent must be provided in writing.

Your signature indicates permission.

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

### **Computer use for 2 years and Older**

As part of the educational program, your child may use the computer for educational games and learning experiences up to 1 hour per day while being supervised by a staff member.

Your signature indicates permission.

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

### **Video/ TV Use**

Your child may take part in activities that involve use of TV or video limited to 30 minutes per month.

Your signature indicates permission.

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

### **Walking Field Trip Release**

I give permission for my child to accompany his/her class on all walking field trips planned and supervised the Latin American Community Early Development Center staff with the understanding that the school will arrange for a safe walk route and supervision to and from the school site.

Your signature indicates permission.

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

### **Emergency Texts**

In case of an emergency at the center or in the community, the LACC can send text updates. By entering my name and cell phone number below, I am consenting to receive emergency texts from the LACC.

**Parent Name:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_



Child Name: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para publicar información**

Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso al personal del Centro Latinoamericano de Desarrollo Temprano para solicitar sus registros de salud y todos los demás expedientes del expediente de mi hijo. Autorizo la divulgación de información que se considere necesaria para el bienestar y la salud de mi hijo, al Centro de Desarrollo Temprano, del Centro Comunitario Latinoamericano.

**Su firma indica permiso.** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

### **Fotografías**

Las fotografías de los niños que participan en nuestros programas pueden ser tomadas de vez en cuando y pueden aparecer en periódicos, revistas, folletos u otros materiales publicitarios. Estas fotografías pueden ser utilizadas sin compensación y forman parte de este acuerdo. Todas las imágenes pasan a ser propiedad del Centro Latino. La revocación del consentimiento debe proporcionarse por escrito.

**Su firma indica permiso.** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

### **Uso de la computadora para 2 años y mayores.**

Como parte del programa educativo, su hijo puede usar la computadora para juegos educativos y experiencias de aprendizaje hasta 1 hora por día mientras es supervisado por un miembro del personal.

**Su firma indica permiso.**

**Fecha de firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

### **Uso de Video / TV:**

Su hijo puede participar en actividades que involucren el uso de TV o video limitado a 30 minutos por mes.

**Su firma indica permiso.**

**Fecha de firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

### **Salida de campo:**

Doy permiso para que mi hijo / a acompañe a su clase en todas las excursiones a pie, planeadas y supervisadas por el personal del Centro de Desarrollo Temprano del centro latino, con el entendimiento de que la escuela organizará una ruta segura para caminar y supervisión desde y hacia la escuela.

**Su firma indica permiso.** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

### **Emergency Texts**

In case of an emergency at the center or in the community, the LACC can send text updates. By entering my name and cell phone number below, I am consenting to receive emergency texts from the LACC.

**Parent Name:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_



## Emergency Consent and Medical Information Release Form

Name of Child:

|                                              |                       |       |
|----------------------------------------------|-----------------------|-------|
| Emergency Medical Contact Name (Last, First) | Relationship to Child | Phone |
| Child's Health Care Provider                 | Phone                 |       |
| Medical Problems/Allergies                   |                       |       |
| Medications (if any)                         |                       |       |

In the event that I cannot be reached to make arrangements for medical attention for my child, at the time of an accident or illness while he or she is attending the Latin American Community Center program, I grant and authorize a representative of the Latin American Community Center to grant permission to the medical staff and the Emergency Department staff of the local hospital to perform any medical or surgical treatment and to administer such anesthesia and/or drugs as may be deemed necessary in the diagnosis or treatment of said patient.

Furthermore, I hereby authorize release of all medical/dental pertinent information concerning my child to a designated representative of the Latin American Community Center. We the parent(s)/guardian(s) of the above named child acknowledge it is our responsibility to keep the information in this Emergency Consent form current and correct. We agree to notify the Latin American Community Center of any changes to phone numbers or changes of physician or changes in name of those who shall be contacted in the event of any emergency

Signature of Parent / Guardian

Date

Signature of Parent / Guardian

Date



## Formulario de Autorización del Consentimiento de Emergencia e Información Medica

Nombre del Niño: :

|                                                               |                      |          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| Nombre de un Contacto en caso de Emergencia (Apellido,Nombre) | Relación con el Niño | Telefono |
| Proveedor de Atención Medica del Niño                         | Teléfono             |          |
| Problemas Medicos/Alergias                                    |                      |          |
| Medicamentos (En su caso)                                     |                      |          |

Durante el tiempo que mi niño esté bajo el cuidado del programa de El Centro Comunitario Latino Americano, doy permiso que los empleados de El Centro Comunitario Latino Americano arreglen que mi niño tenga tratamiento de emergencia si es que no se puedan ponerse en contacto conmigo. Les doy permiso a los empleados de El Centro Comunitario Latino Americano que autoricen al Departamento de Emergencia que le den a mi hijo anestesia y/o drogas que sean necesarias para el bienestar de mi hijo. Además, doy permiso al personal de El Centro Comunitario Latino Americano que puedan divulgar información de mi hijo acerca de su salud física o dental a personal de El Centro Comunitario Latino Americano. Nosotros, los padres/guardianes de este niño reconocemos que es nuestra responsabilidad de asegurar que esta forma tenga la más reciente información acerca de la salud de mi niño y los nombres y números de teléfono de emergencia. Aseguramos decirles a los empleados de El Centro Comunitario Latino Americano cuando haya cambio de médico y su número de teléfono o los nombres y números de teléfono de la gente a quien se le puede llamar en caso de emergencia.

Firma del padre / Guardián

Fecha

Firma del padre / Guardián

Fecha





## Parents Right to Know Notice

Child's Name \_\_\_\_\_

UNDER THE DELAWARE CODE YOU ARE ENTITLED TO INSPECT THE ACTIVE RECORD AND COMPLAINT FILES OF ANY LICENSED CHILD CARE FACILITY. TO REVIEW A CHILD CARE FACILITY RECORD CONTACT: OFFICE OF CHILD CARE LICENSING, 3411 SILVERSIDE ROAD, CONCORD PLAZA | HAGLEY BUILDING, WILMINGTON, DELAWARE 19810, phone (302) 892-5800.

You may also view substantiated complaints and compliance review histories for the past three years by visiting: [https://education.delaware.gov/families/occl/child\\_care\\_search/](https://education.delaware.gov/families/occl/child_care_search/)

I acknowledge I received this notice as part of the application packet.

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

\_\_\_\_\_  
Date

~~~~~

Aviso para los padres sobre su derecho de conocimiento

Nombre del niño _____

BAJO EL CÓDIGO DE DELAWARE USTED TIENE DERECHO A CONTROLAR EL REGISTRO ACTIVO Y ARCHIVOS DE QUEJAS DE CUALQUIER CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA. PARA REVISAR UN RECORD DE UN CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS CONTACTE A: OFFICE OF CHILD CARE LICENSING, 3411 SILVERSIDE ROAD, CONCORD PLAZA | HAGLEY BUILDING, WILMINGTON, DELAWARE 19810, phone (302) 892-5800

Usted también puede ver las quejas justificadas e historias de revisión de cumplimiento de los últimos tres años, visitando: https://education.delaware.gov/families/occl/child_care_search/

Acepto que he recibido esta notificación como parte del paquete de solicitud.

Firma del Padre/ Guardián _____

Fecha _____



Parent Contract for Services

This is a contract between _____ (Name of Parent) and the Latin American Community Center - Early Development Center.

Child/Children's Names: _____ Hours of care: _____

- The Early Development Center at the Latin American Community Center **is open daily from 6:45am to 5:30pm.**
- If you wish for your child to eat breakfast, he/she must arrive by 8:30am. Breakfast is served 8:30am. Any student reporting to school after 9:00am is considered to be late. **Excessive late arrivals can result in disenrollment from the program.** If your child is late due to an appointment, please bring an excuse.
- **Your child must be picked up by 5:30pm. Excessive late pick-ups can result in disenrollment from the program.**
- Weekly tuition must be paid each Friday for the upcoming week in order for the child to attend. **Repeated late payments can result in suspension or disenrollment from the program.**
- Monthly POC co-pays may be split into two payments. Half should be paid by the 15th of the month and the remainder paid before the end of the month. **Repeated late payments can result in suspension or disenrollment from the program.**
- We reserve the right to fill your child's placement if your child has excessive unexcused absences, your POC expires, or you carry an outstanding balance due to failure to pay.
- Five days' notice is necessary when you withdraw a child from our program. We will charge your account for five days if you fail to notify the center in writing.
- There is no credit given for vacations, scheduled school holidays, child illness, or for closings due to emergency situations, inclement weather, or acts of God.
- Parents will be charged a \$25.00 NSF fee for any returned checks. Parents are responsible for reissuing a second check. Tuition payments will be made by cash, certified check, debit/credit card, or money order if at any future time the bank returns a check.

Your payment method will be:

- _____ Full POC
- _____ Partial POC with Co-pay
- _____ Private
- _____ Staff Discount Rate

Your fee will be \$_____ per week/month (circle one).

By signing below, I indicate that I have read and agree to abide by the terms outlined in the parent contract.

Parent Signature _____ Date _____

LACC Staff Signature _____ Date _____

Phone Number _____

Email Address _____



Contrato de Servicios para los Padres

Es un contrato entre _____ (Nombre del Padre) y el Centro de Desarrollo Temprano del Centro Latino.

Nombres del niño/niños: _____ Horas de atención: _____

- El Centro de Desarrollo Temprano del Centro Latino **está abierto diariamente de 6:45 am a 5:30 pm.**
- Si desea que su niño desayune, debe llegar antes de las 8:30 am. El desayuno se sirve a las 8:30 am. Cualquier estudiante que se reporte a la escuela después de las 9:00 am es considerado tarde. **Llegadas tardías excesivas pueden resultar en la baja del programa.** Si su niño llega tarde debido a una cita, por favor, traiga una excusa.
- **Su hijo debe ser recogido antes de las 5:30 pm. Si las ocasiones en que lo recoge tarde son excesivas pueden resultar en la baja del programa.**
- La tarifa semanal debe ser pagada cada viernes para que el niño pueda asistir la siguiente semana. **Los pagos atrasados repetidos pueden resultar en la suspensión o en la baja del programa.**
- Los copagos mensuales de POC se pueden dividir en dos pagos. La mitad debe pagarse antes del 15 del mes y el resto debe pagarse antes del fin de mes. **Los pagos atrasados repetidos pueden resultar en la suspensión o en la baja del programa.**
- Nos reservamos el derecho de llenar el espacio de su hijo si éste tiene ausencias injustificadas excesivas, su POC expira o si usted tiene un saldo pendiente debido a falta de pago.
- Se requiere un aviso de 5 días cuando retire a su niño de nuestro programa. Cargaremos a su cuenta 5 días si usted no notifica al Centro por escrito.
- No hay crédito dado por vacaciones, vacaciones escolares programadas, enfermedad infantil, o por los cierres debido a situaciones de emergencia, inclemencias del tiempo, o actos de Dios.
- A los padres se les cobrará una tarifa de \$ 25.00 NSF por los cheques devueltos. Los padres son responsables de reeditar un segundo cheque. Los pagos se harán en efectivo, cheque certificado, tarjeta de crédito/débito, o giro postal si en algún momento futuro el banco devuelve un cheque.

Su método de pago será:

_____ POC completo

_____ POC parcial con co-pago

_____ Privado

_____ Tarifa de descuento del personal

Su cuota será \$ _____ por semana/mes (circule uno).

Al firmar a continuación, indico que he leído y acepto cumplir los términos descritos en el contrato de padres.

Firma del Padre _____ Fecha : _____

Firma del Personal del LACC _____ Fecha: _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____



PARENT HANDBOOK ACKNOWLEDGEMENT

I, the undersigned, acknowledge that I have received a copy of the Parent Handbook for the Early Head Start / Early Development and ECAP. While I understand that the Parent Handbook is neither a contract nor a legal document, I recognize that it is my responsibility to read and understand the policies, provisions, and procedures contained in the Parent Handbook.

In addition, I understand that the contents of the Parent Handbook are subject to change. I acknowledge that the Parent Handbook will be revised in accordance with the rules or regulations of state, federal, and accrediting entities, best practices for child care service providers, or at the discretion of the Board of Trustees of the Latin American Community Center. I recognize that any such revisions will supersede, modify, or eliminate the current contents of the Parent Handbook.

I acknowledge that it is my responsibility to stay informed of policy and procedure revisions to the Parent Handbook, which will be provided to me at the beginning of each school year when I enroll my children).

Moreover, I recognize that it is my responsibility to contact the Program Director for any questions I might have about the contents of the Parent Handbook now and in the future.

Parent/Guardian Certification

I have received a copy of the Parent Handbook,

Signature of parent/legal guardian: _____

Date: _____

Staff Certification

I have provided a copy of the Parent Handbook to the above-signed parent/guardian.

Signature of Staff Member: _____

Date: _____



ACEPTACIÓN DEL MANUAL PARA LOS PADRES

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Manual para Padres para Early Head Start, Centro de Desarrollo Infantil y ECAP. Aunque entiendo que el Manual para Padres no es un contrato ni un documento legal, reconozco que es mi responsabilidad leer y entender las pólizas, disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual para Padres.

Además, entiendo que el contenido del Manual de Padres está sujeto a cambios. Reconozco que el Manual para Padres será revisado de acuerdo con las normas o reglamentos de estado, federales, entidades de acreditación, las mejores prácticas para los proveedores de servicios de cuidado de niños, o a discreción de la Junta de Síndicos del Centro Latino Americano. Reconozco que tales revisiones sustituirán, modificarán o eliminarán el contenido actual del Manual para Padres.

Reconozco que es mi responsabilidad mantenerme informado sobre las revisiones de políticas y procedimientos del Manual para padres, el cual se me proporcionará al comienzo de cada año escolar cuando inscriba a mis hijos/as

Por otra parte, reconozco que es mi responsabilidad ponerme en contacto con el Director del programa para cualquier duda que pueda tener sobre el contenido del Manual de Padres ahora y en el futuro.

Certificación del padre / tutor

He recibido una copia del Manual para Padres,

Firma del padre / tutor legal: _____

Fecha: _____

Certificación del Personal

He proporcionado una copia del Manual para Padres para los padres / tutores antes firmado.

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Home Language Survey*

☐ Check here if the child's parents or legal guardians decline to provide information for this survey.

A. What language do family members use when speaking to the child in the home?

N/A	1	2	3	4	5
Not applicable	only English	mostly English but sometimes home language	both equally	mostly home language but some English	only home language (not English)

(Write in home language: _____)

B. What language does the child use when speaking to family members in the home?

N/A	1	2	3	4	5
Not applicable	only English	mostly English but sometimes home language	both equally	mostly home language but some English	only home language (not English)

C. What language does the child use when speaking to other children in the classroom?

N/A	1	2	3	4	5
Not applicable	only English	mostly English but sometimes home language	both equally	mostly home language but some English	only home language (not English)

D. What language does the child use when speaking to teachers?

N/A	1	2	3	4	5
Not applicable	only English	mostly English but sometimes home language	both equally	mostly home language but some English	only home language (not English)

Sum of circled
numbers

Number
of questions
answered

_____ / _____ = _____

If this value is 2 or greater,
assess the child by using
Objectives 37 and 38.

*These research reports helped guide our thinking in the development of the "Home Language Survey":

Aikens, N. L., Caspe, M. S., Sprachman, S., López, M. L., & Atkins-Burnett, S. M. (June 2008). *Paper Symposium: Development of a language routing protocol for determining bilingual Spanish-English speaking children's language of assessment*. Biennial Head Start Research Conference. Washington, DC.

Puma, M., Bell, S., Cook, R., Heid, C., López, M. L., et al. (2005). *Head Start impact study: First year findings*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.

Gutiérrez-Clellen, V. F., & Kreiter, J. (2003). Understanding child bilingual acquisition using parent and teacher reports. *Applied Psycholinguistics*, 24(2), 267-88.

Encuesta sobre la lengua que se habla en el hogar*

A. ¿Qué lengua usan los miembros de la familia cuando le hablan al niño en el hogar?

☐ Marque esta casilla si los padres o los tutores legales prefieren no dar información para esta encuesta.

N/C	1	2	3	4	5
No corresponde	solo inglés	casi siempre inglés pero, a veces, la lengua que se habla en el hogar	ambas lenguas por igual	casi siempre la lengua que se habla en el hogar, pero algo de inglés	solo la lengua que se habla en el hogar (nada de inglés)

(Escriba la lengua que se habla en el hogar: _____)

B. ¿Qué lengua usa el niño cuando habla con los miembros de la familia en el hogar?

N/C	1	2	3	4	5
No corresponde	solo inglés	casi siempre inglés pero, a veces, la lengua que se habla en el hogar	ambas lenguas por igual	casi siempre la lengua que se habla en el hogar, pero algo de inglés	solo la lengua que se habla en el hogar (nada de inglés)

C. ¿Qué lengua usa el niño cuando habla con otros niños en el salón de clase?

N/C	1	2	3	4	5
No corresponde	solo inglés	casi siempre inglés pero, a veces, la lengua que se habla en el hogar	ambas lenguas por igual	casi siempre la lengua que se habla en el hogar, pero algo de inglés	solo la lengua que se habla en el hogar (nada de inglés)

D. ¿Qué lengua usa el niño cuando habla con los maestros?

N/C	1	2	3	4	5
No corresponde	solo inglés	casi siempre inglés pero, a veces, la lengua que se habla en el hogar	ambas lenguas por igual	casi siempre la lengua que se habla en el hogar, pero algo de inglés	solo la lengua que se habla en el hogar (nada de inglés)

_____ / _____ = _____
 Suma de números encerrados en un círculo Número de preguntas respondidas

Si el valor es 2 o más, use los Objetivos 37 y 38.

Las siguientes investigaciones guiaron nuestras ideas al desarrollar la "Encuesta sobre la lengua que se habla en el hogar":

Aikens, N. L., Caspe, M. S., Sprachman, S., López, M. L., & Atkins-Burnett, S. M. (June 2008). *Paper Symposium: Development of a language routing protocol for determining bilingual Spanish-English speaking children's language of assessment*. Biennial Head Start Research Conference. Washington, DC.

Puma, M., Bell, S., Cook, R., Heid, C., López, M. L., et al. (2005). *Head Start impact study: First year findings*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.

Gutiérrez-Clellen, V. F., & Kreiter, J. (2003). Understanding child bilingual acquisition using parent and teacher reports. *Applied Psycholinguistics*, 24(2), 267-88.



LACC Screening Consent

I, _____, give permission for my child, _____,
(Parent's name) (Child's name)

To be screened by myself, through questionnaire, LACC staff, or an outside agency working in coordination with LACC on LACC premises in the following areas:

- Hearing screening
- Vision screening
- Developmental screening, using the Ages and Stages Questionnaire
- Social-emotional screening, using the Ages and Stages Social-Emotional Questionnaire

I understand that all results will go to the Red Clay School District, for children ages 3-5, or Child Development Watch, for children ages 0-2. They will share results with me, my child's teachers, and the center's administrative, coaching, and family service staff. They will also let me know what steps to take if any further action is needed based on my child's screening results. I understand that all results will be kept confidential and maintained in my child's school file at the LACC or in the state database for the school district and Child Development Watch.

Parent Signature

Date

Consentimiento de Evaluación de LACC

Yo, _____, doy autorización para mi hijo _____
(Nombre del padre) (nombre del niño)

Para ser examinado por mí mismo, a través del cuestionario, el personal de LACC, o una agencia externa que trabaje en coordinación con LACC en las instalaciones del LACC en las siguientes áreas:

- Prueba de audición
- Examen de la vista
- Detección del desarrollo, utilizando el cuestionario de Edades y Etapas
- Evaluación socioemocional, utilizando el cuestionario Socio-Emocional Edades y Etapas

Entiendo que todos los resultados irán al Distrito Escolar Red Clay, para niños de 3 a 5 años, o Child Development Watch, para niños de 0 a 2 años. Compartirán los resultados conmigo, los maestros de mi hijo y el personal administrativo, de entrenamiento y de servicio familiar del Centro. También me informarán qué pasos tomar si se necesita alguna acción adicional basado en de los resultados de la evaluación de mi hijo. Entiendo que todos los resultados se mantendrán confidenciales y guardados en el archivo escolar de mi hijo en el Centro Latino o en la base de datos del estado para el distrito escolar y Child Development Watch.

Firma del Padre

Fecha



Mental Health Consultation Consent

Child's Name: _____

I, _____, understand that my child's classroom will receive mental

(Parent's Name)

Consultation services throughout the school year. Mental health consultation services will include:

- Classroom observations
- Feedback and modeling for teachers related to improving children's social-emotional skills
- Consultations with parents or family members when requested
- Individual child observations when requested
- Development of individual social-emotional plans for children when requested
- Parent workshops related to social-emotional development delivered by the mental health consultant

My signature indicates permission for my child to participate in these services.

Parent Signature

Date

Consentimiento para Consulta de Salud Mental

El nombre del niño: _____

Yo, _____, entiendo que el salón de clase de mi hijo recibirá

(Nombre del padre)

Servicios de consulta de salud mental durante el año escolar. Los servicios de consulta sobre salud mental incluirán:

- Observaciones en clase
- Retroalimentación para profesores, relacionados con mejorar las habilidades socio-emocionales de los niños
- Consultas con los padres o familiares cuando se solicitan
- Observaciones individuales de los niños cuando se solicitan
- Desarrollo de planes individuales socio-emocionales para los niños cuando se solicitan
- Talleres de padres relacionados con el desarrollo socioemocional entregado por el consultor de salud mental

Mi firma indica el permiso para que mi hijo participe en estos servicios.

Firma del padre

Fecha

Parent Consent to Screen

Ages & Stages Questionnaires – ASQ-3/ASQ:SE-2

The first five years of life are critical for your child's brain development and sets the stage for success in school and later in life. It is important to keep track of your child's development to help give them the best start during these early years. Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3) and Ages and Stages Social Emotional Questionnaires (ASQ:SE-2) are offered in Delaware and rely on YOU, the parent, as experts. These 15-minute questionnaires are easy to use and create the snapshot needed to catch delays and celebrate milestones.

By giving my consent, I understand that ASQ screening results will be shared with:

- The Delaware Department of Education (DDOE) and the Division of Public Health (DPH) within Delaware Health and Social Services (DHSS) to better support my child.
- My child care program who is required by law to track completed developmental screenings to help better support my child.
- The Birth to Three Early Intervention Program (B23) or my school district of residence and/or school district where my child care is located because they review the screenings and help with next steps.
 - I will be contacted with results via email, US mail, or phone call to assist with follow up.

Please check mark next to the one you choose:

I have read the above information and:

☐	<i>I will fill out the ASQ questionnaires about my child's development and promptly return the completed questionnaires.</i>
☐	<i>I need help to fill out the ASQ questionnaires. Please contact me at _____</i>
☐	<i>I agree to have my child's educator complete the ASQ questionnaires .</i>

Child Care Program Name: _____

Child's Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

I understand the purpose of developmental screening and I decline to have my child participate and/or screening my child is not required as they already have an IFSP or IEP.

Initial
Here



Consentimiento de los padres para evaluar

Cuestionarios de edades y etapas – ASQ-3/ASQ:SE-2

Los primeros cinco años de vida son fundamentales para el desarrollo del cerebro de su hijo y preparan el escenario para el éxito en la escuela y más adelante en la vida. Es importante realizar un seguimiento del desarrollo de su hijo para ayudarlo a tener el mejor comienzo durante estos primeros años. Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3) y Ages and Stages Socioemocional Questionnaires (ASQ:SE-2) se ofrecen en Delaware y confían en USTED, el padre, como experto. Estos cuestionarios de 15 minutos son fáciles de usar y crean la instantánea necesaria para detectar retrasos y celebrar hitos.

Al dar mi consentimiento, entiendo que los resultados de las pruebas de detección de ASQ se compartirán con:

- El Departamento de Educación de Delaware (DDOE) y la División de Salud Pública (DPH) dentro de los Servicios Sociales y de Salud de Delaware (DHSS) para apoyar mejor a mi hijo.
- Mi programa de cuidado infantil, que está obligado por ley a realizar un seguimiento de las evaluaciones de desarrollo completadas para ayudar a apoyar mejor a mi hijo.
- El Programa de Intervención Temprana para Infantes a Tres Años (B23) o mi distrito escolar de residencia y/o distrito escolar donde se encuentra mi cuidado infantil porque revisan las evaluaciones y ayudan con los próximos pasos.
 - Me contactarán con los resultados por correo electrónico, correo de EE. UU. o llamada telefónica para ayudar con el seguimiento.

Marque la casilla junto a la que elija:

He leído la información anterior y:

☐	Completaré los cuestionarios ASQ sobre el desarrollo de mi hijo y devolveré los cuestionarios completos de inmediato.
☐	Necesito ayuda para llenar los cuestionarios ASQ. Por favor contácteme en
☐	Acepto que el educador de mi hijo complete los cuestionarios ASQ.

Nombre del programa de cuidado infantil:

El nombre del niño:

Nombre del Padre de Familia / Guardian:

Firma del Padre de Familia / Guardian:

Fecha:

Entiendo el propósito de la evaluación del desarrollo y me niego a que mi hijo participe y/o no se requiere la evaluación de mi hijo ya que ya tiene un IFSP o IEP.

Iniciales
aquí



Statement of Certification

I understand that as an applicant for this program, I must provide information on my income. I understand that the program staff reserves the right to review this information and to make eligibility determinations for this program. I certify that the information provided is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that if I knowingly provide false information, my child may be found ineligible for the Early Head Start / ECAP program and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

Signature: _____ Date: _____



Declaración de certificación

Entiendo que como solicitante de este programa, debo proporcionar información sobre mis ingresos. Entiendo que el personal del programa reserva el derecho de revisar esta información y hacer determinaciones de elegibilidad para este programa. Certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mi hijo puede encontrarse inelegible para el temprano Head Start programa ECAP y podemos ser objeto de acciones legales. También entiendo que la información en esta aplicación se llevará a cabo en estricta confianza dentro de la Agencia y es accesible para mí durante el horario normal.

Firma: _____ Fecha: _____



Nutrition Questionnaire

Child's Name: _____

Date: _____

Breakfast	☐ 6 or 7 days a week	☐ 4 or 5 days a week	☐ 1 to 3 days a week	☐ 0 days a week
Treats	☐ Rarely	☐ Some, but not every day	☐ 1 treat a day	☐ 2 or more treats a day
Sugary Drinks	☐ No diet or sugared drinks	☐ Diet drinks but no sugared drinks	☐ 1 or 2 sugared drinks a day	☐ 3 or more sugared drinks a day
Fruits & Vegetables	☐ 3 or more times a day	☐ 1 or 2 times a day	☐ Some but not every day	☐ Rarely
Take Out, Restaurant, or Fast Food	☐ 0 times a week	☐ 1 to 2 times a week	☐ 2 to 3 times a week	☐ 4 or more times a week
Physical Activity	☐ 60 minutes or more on most days	☐ 30-60 minutes on most days	☐ Less than 30 minutes on most days	☐ None on most days
Screen Time	☐ Less than 2 hours a day	☐ 2 hours a day	☐ 3 or 4 hours a day	☐ 5 or more hours a day

Person Completing Form: _____

Signature: _____



Cuestionario de Nutrición

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Desayuno	☐ 6 o 7 días por semana	☐ 4 o 5 días por semana	☐ 1 a 3 días por semana	☐ 0 días por semana
Dulces	☐ Casi nunca	☐ A veces, pero no todos los días	☐ 1 al día	☐ 2 o más al día
Bebidas azucaradas	☐ No bebidas dietéticas ni azucaradas	☐ Bebidas dietéticas, pero no azucaradas	☐ 1 o 2 bebidas azucaradas al día	☐ 3 o más bebidas azucaradas al día
Frutas y verduras	☐ 3 o más veces al día	☐ 1 o 2 veces al día	☐ Algunos, pero no todos los días	☐ Casi nunca
Comida para llevar, restaurante, o comida rápida	☐ 0 veces por semana	☐ 1 a 2 veces por semana	☐ 2 a 3 veces por semana	☐ 4 o más veces por semana
Actividad física	☐ 60 minutos o más la mayoría de los días	☐ 30-60 minutos la mayoría de los días	☐ Menos que 30 minutos la mayoría de los días	☐ Ninguna la mayoría de los días
Tiempo de pantalla	☐ Menos que 2 horas por día	☐ 2 horas por día	☐ 3 o 4 horas por día	☐ 5 o más horas por día

Persona que completa el formulario: _____

Firma: _____



Permission for Routine Outing

I, _____, give permission for my child,

(parent's name)

_____ to attend routine outings to the

(child's name)

LACC community garden. I understand that my child will be accompanied to the community garden by his/her teachers and that the class will engage in activities related to nature, gardening, sensory exploration, and outdoor creative play while in the garden. I understand that they will be able to enter the garden directly from the LACC building and will not be leaving the LACC's property.

Parent Signature

Date



Permiso para salida de rutina

Yo, _____, doy permiso a mi hijo,

(nombre del padre)

_____ para asistir a las salidas de rutina al

(nombre del niño)

Jardín comunitario del Centro Latino. Entiendo que los maestros acompañarán a mi hijo al jardín comunitario y que la clase participará en actividades relacionadas con la naturaleza, la jardinería, la exploración sensorial y el juego creativo al aire libre mientras esté en el jardín. Entiendo que podrán ingresar al jardín directamente desde el edificio del Centro Latino y no saldrán de la propiedad del Centro.

Firma del padre

Fecha



Child's Name: _____

How did you hear about the LACC / our services?

- | | |
|---|--|
| ☐ Other LACC Program | ☐ "Word of Mouth" / Friend or family member |
| ☐ Another agency / organization | ☐ Community event (health fair, job fair, etc.) |
| ☐ Facebook / Instagram / YouTube / Twitter | ☐ Internet search (Google) |
| ☐ Advertisement on radio, tv, newspaper | ☐ Other: _____ |

Would you like to receive text messages about LACC events and services that can benefit you (job fairs, community resources, etc.)? This is separate from emergency texts.

☐ Yes, Cellphone number: _____ ☐ No

Nombre del niño: _____

¿Cómo se enteró acerca del Centro Latino / nuestros servicios?

- | | |
|---|--|
| ☐ Otro programa del Centro Latino | ☐ "De forma oral" / Amigo o miembro familiar |
| ☐ Otra agencia / organización | ☐ Evento comunitario (feria de salud, feria de trabajo, etc.) |
| ☐ Facebook / Instagram / YouTube / Twitter | ☐ Búsqueda en el internet (Google) |
| ☐ Anuncio en la radio, televisión, periódico | ☐ Otro: _____ |

¿Le gustaría recibir mensajes de texto acerca de los eventos y servicios que el Centro Latino ofrece que le puede beneficiar (ferias de empleo, recursos comunitarios, etc.)? Esto es independiente de los mensajes de texto de emergencia.

☐ Sí, Numero de celular: _____ ☐ No



\$tand By Me® has developed partnerships with Head Start Centers and many private and nonprofit child care centers throughout Delaware to provide personal financial coaching to the families served by the centers.

The program is funded by the Annie E. Casey Foundation as part of its two-generation strategy that aims to empower parents with opportunities to improve their family finances.

Services offered free of charge to all family child care providers, child care centers & Head Start programs include:

- Financial coaching: Personal and group financial coaching sessions to help parents manage their budgets.
- Mind over Money workshops
- a special Sesame Street workshop to parents and children to begin financial literacy at the tender age of three

The LACC's EHS/EDC/ECAP program has partnered with \$tand By Me® and is now one of the requirements to participate in our program. Please fill out the form below and make an appointment to meet with Meraris Aguilar, Personal Financial Coach, at the Latin American Community Center. Her contact information: phone – (302) 655-7338 ext 7747 and email – MAguilar@thelatincenter.org

I acknowledge that it is my responsibility to meet with the \$tand By Me® Financial Coach at the LACC at least one time and attend one workshop.

Name: _____

Address: _____

Phone number: _____

Signature: _____ Date: _____



\$tand By Me® ha desarrollado alianzas con centros de Head Start y muchos centros de cuidado infantil privado y sin fines de lucro a través de Delaware para proporcionar financiero a las familias atendidas por los centros.

El programa está financiado por la Annie E. Casey Foundation como parte de su estrategia de dos generaciones que tiene como objetivo capacitar a los padres con oportunidades para mejorar sus finanzas familiares.

Servicios que ofrece gratuitamente a los proveedores de cuidado infantil familiar, centros de cuidado infantil & incluyen programas de Head Start:

- financiero entrenamiento: Personal y grupo financiero sesiones de coaching para ayudar a los padres a manejar sus presupuestos.
- Mente sobre talleres de dinero
- un taller especial de Sesame Street a padres e hijos para iniciar la educación financiera a la tierna edad de tres

Los programas de LACC's EHS/EDC/ECAP se ha asociado con \$tand por mí® y ahora es uno de los requisitos para participar en nuestro programa. Por favor llene el siguiente formulario y haga una cita para reunirse con Meraris Aguilar, Consejero financiero, at the Latin American Community Center. Su numero de telefono – (302) 655-7338 ext 7747 y correo electronico – MAguilar@thelatincenter.org

Reconozco que es mi responsabilidad para reunirse con el \$tand por mí® Coach financiero en el LACC por lo menos una vez y asistir a un taller

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____