

Lista de Documentos para Padres



6001 E. Gulf Freeway
Houston, TX 77023
T: (713) 929-2442
F: (713) 923-1654
PreK- 3 & PreK-4



Documentos Requeridos

- Acta de Nacimiento
- Prueba de Domicilio
- Copia de Identificación (Persona inscribiendo al estudiante)
- Registro de Vacunas
- Transcripción de Créditos Actuales
- Calificaciones Actuales
- Calificaciones de Fin de Año
- Transcripción de Créditos de Fin de Año

Documentos Opcionales

- Seguro Social
- Evaluación Individual Completa (FIE)
- Foto actual del estudiante
- Documentos de ARD
- Documentación 504

ACEPTANDO TODA LA DOCUMENTACIÓN DESPUÉS DEL 19 DE ABRIL DE 2021

Sanchez Charter School no discrimina a nadie por su raza, color, religión, sexo u origen de nacionalidad

AE 2021-2022

Revised April 2021



FORMA DE INSCRIPCIÓN

LA ESCUELA SANCHEZ CHARTER SCHOOL NO DISCRIMINA POR RAZA, COLOR, RELIGION, SEXO O NACIONALIDAD.

Como se entero de nosotros? Escuela Sanchez __ Referencia __ Evento __ Sitio Web __

Red Social _____ Billboard: __ Otro: _____

**Año Escolar
2021-2022**

ESTUDIANTE

APEDILLO		SEGUNDO NOMBRE		NOMBRE		SEXO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		RAZA: BLANCO HISPANO ASIATICO OTRO _____		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN				CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO TELEFONICO DE CASA		NÚMERO TELEFÓNICO DEL PADRE		NÚMERO TELEFÓNICO DE LA MADRE			

ACADEMICO

NOMBRE DE LA ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIO		NOMBRE DE ESCUELA QUE LE CORRESPONDE			
ULTIMO GRADO QUE ASISTIÓ	TOTAL DE CRÉDITOS ACUMULADOS	GRADO ACTUAL (CIRCULA UNO): PRE-K3 O PRE-K 4 6 7 8 9 10 11 12		EL ESTUDIANTE HA ESTADO EN SANCHEZ ANTES? SI o NO ULTIMA FECHA? _____	
LISTA LAS ESCUELAS A LAS CUALES HA ASISTIDO:					

FAMILIA

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE		EMPLEADOR	NÚMERO DEL TRABAJO	NÚMERO DE CELULAR
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE		EMPLEADOR	NÚMERO DEL TRABAJO	NÚMERO DE CELULAR
NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (SI NO VIVE EN CASA)		EMPLEADOR	NÚMERO DEL TRABAJO	NÚMERO DE CELULAR
CORREO ELECTRONICO DEL PADRE		CORREO ELECTRONICO DE LA MADRE		ANOS EN LA ESCUELA EN EEUU (CIRCULA UNO): 0 ___ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 6 O MAS __
VIVE EL ESTUDIANTE CON AMBOS PADRES? (CIRCULA UNO): SI o NO			SI LA RESPUESTA ES "NO", CUAL PADRE? (CIRCULA UNO): MADRE o PADRE	

NUMEROS DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN A ESTUDIANTE	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE	RELACIÓN A ESTUDIANTE	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE	RELACIÓN A ESTUDIANTE	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE	RELACIÓN A ESTUDIANTE	NÚMERO TELEFÓNICO

EN CASO DE UNA EMERGENCIA SÓLO LAS PERSONAS QUE USTED ESCRIBIÓ ARRIBA PODRÁN LLEVARSE A SU HIJO/A PERO NO ESTARAN AUTORIZADOS PARA DAR DE BAJA AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA. LA INFORMACIÓN DE ARRIBA SE NECESITA PARA EL RECORD PERMANENTE DEL ESTUDIANTE Y SERÁ USADO SÓLO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA.

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:
 _____ Hispanic / Latino
 _____ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:
 _____ American Indian or Alaska Native
 _____ Asian
 _____ Black or African American
 _____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 _____ White

Observer signature:

Campus and Date:



Acuerdo Aceptable del uso del Internet del Estudiante 2021-2022

Sanchez Charter School Póliza de seguridad para el uso aceptable del Internet

(Favor de leer éste documento cuidadosamente antes de firmar.)

El acceso del Internet está disponible para los estudiantes en la en la escuela Sánchez Charter.

Estamos muy contentos de traer éste acceso a la escuela Sánchez y creemos que el Internet ofrece recursos extensos, diversos, y únicos a nuestros estudiantes. Nuestra meta en el abastecimiento de éste servicio a los estudiantes es promover excelencia educativa en escuelas facilitando el compartimiento de recursos, innovación, y comunicación.

La política de la escuela Sanchez Charter es:

1. Evitar que los usuarios tengan acceso a través de su red informática a la transmisión de material inapropiado a través del internet, correo electrónico, u otras formas de comunicación electrónica directa.
2. Evitar el acceso no autorizado y otras actividades ilegales en línea.
3. Impedir la divulgación de información personal de los menores de edad y
4. Cumplir con la Ley de Protección de menores en Internet [(Pub. L. nO 106-554 y 47 USC 254 (h))].

El Internet es una carretera electrónica que conecta millares de computadoras por todo el mundo y a millones de suscriptores individuales. Los estudiantes tienen acceso a:

1. Comunicación por correo electrónico (E-mail) con la gente por todo el mundo.
2. Software del dominio público y gráficos de todos los tipos para el uso de la escuela.
3. Grupos de discusión en una plétora de asuntos que se extienden de cultura al ambiente a la música a la política.
4. Tienen acceso a muchos Catálogos de la Biblioteca de la Universidad, la Biblioteca del Congreso.
5. Acceso gráfico al World Wide Web.

Con el acceso a las computadoras y a la gente por todo el mundo también viene la disponibilidad de material que no se puede considerar con valor educativo en el contexto del ajuste de la escuela. La escuela Sánchez Charter ha tomado precauciones para restringir el acceso a los materiales polémicos mediante los filtros de internet para bloquear el acceso y controlar los accesos a información inadecuada. Específicamente como los exige la Ley de Protección de menores en Internet, se bloqueará las representaciones visuales de material considerado obsceno o la utilización de pornografía de niños, o a cualquier material considerado dañino para los menores de edad. Las medidas tecnológicas de protección se pueden desactivan solo con supervisión del personal, y en el caso mínimo para los menores para el uso de investigación bona fide u otros fines lícitos.

Sin embargo, en una red global es imposible controlar todos los materiales y un usuario activo puede descubrir información polémica. En la escuela Sánchez creemos firmemente que la valiosa información y la interacción disponible en ésta red mundial compensan la posibilidad de que los usuarios puedan procurar el material que no es un constante en las metas educativas de la escuela Sánchez.

El acceso del Internet se coordina a través de una asociación compleja de agencias de gobierno, y de redes del estado. Además, la operación de la red confía en la conducta apropiada de los usuarios que deben adherirse a pautas estrictas. Estas pautas se proporcionan aquí de modo que estés enterado de las responsabilidades que estás a punto de adquirir. En general esto requiere la utilización eficiente, ética y legal de los recursos de la red. Si un usuario de la escuela Sánchez viola alguna de éstas provisiones, su cuenta será terminada y su futuro acceso podría ser posiblemente negado.

La(s) firma(s) al final de éste documento ésta(n) legalmente ratificando e indica(n) que el(los) partido(s) que firmó (firmaron) ha(n) leído los términos y las condiciones cuidadosamente y entiende(n) su significado.

Internet--Términos y condiciones del uso

1) Uso aceptable - El propósito de la espina dorsal de las redes que componen el Internet es apoyar la investigación y la educación en y entre instituciones académicas proporcionando el acceso a los recursos únicos y la oportunidad de colaborar en el trabajo. El uso de tu cuenta debe estar apoyado en la educación e investigación constante con los objetivos educativos de la escuela Sánchez. El uso de la red de otra organización o los recursos que computan debe conformarse con las reglas apropiadas para esa red. La transmisión de cualquier material que viole cualquier regulación nacional o del estado se prohíbe. Esto incluye, pero no se limita: a material con derechos de autor, el material amenazante u obsceno y/o material protegido por el secreto comercial. En la medida en que sea práctico, se adoptarán las medidas necesarias para promover la seguridad de los usuarios de la escuela en línea cuando utilice el correo electrónico, Específicamente como lo exige la Ley de Protección al menor en el internet, el uso inadecuado de la red incluye el acceso no autorizado incluidos los llamados "hacking" y otras actividades ilegales y divulgación, el uso y la difusión de información no autorizada de información personal de los menores.

2) Privilegios - El uso del Internet es un privilegio, no un derecho, y el uso inadecuado dará lugar a una cancelación de esos privilegios. (Cada estudiante o profesor que reciba una cuenta será parte de una discusión con un miembro del personal de la escuela Sánchez referente al uso apropiado de la red.) Los administradores de sistema juzgarán cuál es uso inadecuado y su decisión es final. También, los administradores de sistema pueden cerrar una cuenta en cualquier momento como sea necesario. La administración, la facultad, y el personal de la escuela Sánchez pueden solicitar al administrador de sistema negar, revocar, o suspender cuentas específicas del usuario.

3) Etiqueta de la red - Se espera que habites por las reglas generalmente aceptadas de la etiqueta de la red. Éstos incluyen (pero no se limitan) a lo siguiente:

- a. Ser cortés. No ser abusivo en tus mensajes a otros.
- b. Utilizar palabras apropiadas. No jurar, no utilizar vulgaridades o ninguna otra palabra inadecuada.
- c. Las actividades ilegales se prohíben terminantemente.
- d. No revelar la dirección o números de teléfono personales de estudiantes.
- e. Observar que el correo electrónico (E-mail) no está garantizado como privado. La gente que funciona el sistema tiene acceso a todo el correo. Los mensajes referentes a/o en apoyo de actividades ilegales se pueden divulgar a las autoridades.
- f. No utilices la red de una manera tal que interrumpas el uso de la red de otros usuarios.
- g. Todas las comunicaciones e información accesible vía la red se deben asumir como propiamente privadas.
- h. Los estudiantes no pueden indagar en la red que filtra el lugar para proteger a los estudiantes de material inadecuado en la línea.

4) Garantías - La escuela Sánchez no hace garantía de ninguna clase, expresada o implicada, por el servicio que está proporcionando. La escuela Sánchez no se hará responsable de ningún daño. Esto incluye la pérdida de los datos que resultan de demoras, falta de entrega, entregas equivocadas, o de las

interrupciones del servicio causadas por sus negligencias o sus errores u omisiones. El uso de cualquier información obtenida vía el Internet está en su propio riesgo. La escuela Sánchez niega específicamente cualquier responsabilidad por la certeza o la calidad de información obtenida por sus servicios.

5) La Seguridad - La seguridad en cualquier sistema de computadora es de alta prioridad, especialmente cuando el sistema implica a muchos usuarios. Si usted se siente que puede identificar un problema de la seguridad en el Internet, debe notificar a un administrador de sistema o a su maestro. No les muestre el problema a otros usuarios. No utilice la cuenta de otro individuo sin el permiso escrito de ese individuo. La entrada al sistema como un administrador de sistema tendrá como resultado la cancelación de privilegios de usuario. Cualquier usuario identificado como un riesgo para la seguridad o si tiene un historial problemático con otros sistemas de computadora puede negársele el acceso al Internet.

6) El Vandalismo - El vandalismo tendrá como resultado la cancelación de privilegios. El vandalismo es definido como alguna tentativa maliciosa para dañar o destruir los datos de otro usuario del Internet, o de cualquiera de las agencias antes mencionadas u otras redes que son conectadas a cualquiera de los elementos principales del Internet. Esto incluye, pero no es limitado a cargar o crear un virus en la computadora.

7) Supervisión – Será responsabilidad de todos los miembros de la escuela Sanchez educar, supervisar y vigilar el uso adecuado de las redes de internet y las computadoras en conformidad a la póliza de ley (The Children’s Internet Protection Act, the Neighborhoods Children’s Internet Protection Act, and the Protecting Children in the 21st Century Act.) Los procedimientos para deshabilitar o modificar cualquier medida tecnológica de protección será la responsabilidad del Director o representantes designados de Tecnología de AAMA.

Esta póliza de seguridad para el uso aceptable del Internet fue aprobada por la Junta de Miembros de la escuela Sanchez en la reunión pública **del 7 de Febrero del 2017**.

Enmiendas:

5a– Seguridad) Todos los equipos electrónicos propiedad de la escuela tienen acceso al Internet mediante una conexión proporcionada por la escuela mientras sea utilizando en el campus. Cualquier intento de eludir esta conexión mediante puntos de acceso alternativo es una violación de seguridad. Esto incluiría utilizando teléfonos móviles personales como puntos de acceso.

El Acuerdo del Uso del Internet de Sánchez Charter School

ESTUDIANTE

Yo entiendo y respetaré el Acuerdo del Uso del Internet. Entiendo aún más que cualquier infracción de las regulaciones es poco ético y puede constituirse en una ofensa criminal. Si cometo cualquier infracción, mis privilegios de acceso pueden ser revocados, la escuela puede tomar acción disciplinaria, y/o acción legal apropiada.

Nombre del estudiante _____

Número de Identificación de Estudiante _____

Firma del Estudiante _____

Fecha _____

PADRE O GUARDIAN

Como el padre o guardián de éste estudiante, yo he leído el Acuerdo del Uso del Internet. Entiendo que éste acceso es diseñado para propósitos educativos. La escuela Sánchez ha tomado las precauciones para eliminar el material polémico. Sin embargo, yo reconozco también que es imposible que la escuela Sánchez restrinja el acceso a todo el material polémico y yo no los daré responsabilidad de materiales adquiridos en la red. Aún más, acepto responsabilidad completa para la supervisión cuando mi hijo/a no éste en la escuela. Yo por la presente doy el permiso a publicar una cuenta para mi hijo/a y certifico que la información contenida en ésta forma es correcta.

Nombre del Padre o Guardián (letra de molde) _____

Firma del Padre o Guardián _____

Fecha _____

(Debe firmar si el que aplica es un estudiante)



**NOTIFICACIÓN DE DERECHOS BAJO
FERPA
2021-2022**

**NOTIFICACIÓN DE DERECHOS BAJO FERPA EN RELACIÓN A LAS ESCUELAS PRIMARIAS Y
SECUNDARIAS**

La Ley de Derechos Educativos de la Familia y la Confidencialidad (*Family Educational Rights and Privacy Act*- FERPA por sus siglas en inglés) otorga a los padres y a los estudiantes de o mayores de 18 años cumplidos (*estudiantes habilitados*) ciertos derechos relacionados con el expediente escolar del estudiante. Estos derechos son:

1. EXAMINAR Y REVISAR EL EXPEDIENTE ESCOLAR DEL ESTUDIANTE DENTRO DE UN PLAZO DE 45 DÍAS DESDE LA FECHA EN QUE LA ESCUELA HAYA RECIBIDO EL PEDIDO DE ACCESO A DICHO EXPEDIENTE- Procedimiento: El padre o el *estudiante habilitado* deben presentar al director de la escuela o al funcionario escolar apropiado un pedido por escrito indicando los expedientes que desea revisar. Una vez recibido el pedido, el funcionario escolar toma las disposiciones necesarias para posibilitar el acceso y notificará al padre/estudiante habilitado acerca de la fecha, la hora y el lugar donde se podrán revisar los expedientes.

2. PEDIR QUE SE ENMIENDE TODA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL EXPEDIENTE ESCOLAR DEL ESTUDIANTE QUE EL PADRE O EL ESTUDIANTE HABILITADO CREA QUE SEA INCORRECTA- Procedimiento: Si el padre o el *estudiante habilitado* cree que la información contenida en el expediente es incorrecta o inexacta, debe escribir al Director o al funcionario escolar apropiado indicando claramente la parte del expediente que desea que sea cambiada y especificando porque dicha información no es correcta. Si la escuela decide no enmendar el expediente de acuerdo al pedido, la escuela debe notificar la decisión al padre o al *estudiante habilitado* e informarles acerca de su derecho a una audiencia en relación a su pedido de enmienda. Una vez que el padre o el estudiante habilitado haya sido formalmente notificado de la audiencia, se le proveerá más información acerca del procedimiento correspondiente para la misma.

3. PERMITIR O DAR SU CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE, CONTENIDA EN SUS EXPEDIENTES ESCOLARES, A EXCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE FERPA PERMITE QUE SEA DIVULGADA SIN NECESIDAD DEL PERMISO DEL PADRE O DEL *ESTUDIANTE HABILITADO*- Una de estas excepciones concierne a la divulgación de información, por motivos educativos legítimos, a los funcionarios escolares. Un funcionario escolar es toda persona empleada por la escuela como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal auxiliar, incluyendo al personal médico o de salud y al personal policial, toda persona al servicio de la Junta Directiva de la escuela, toda persona o compañía contratada por la escuela para desempeñar una tarea específica, por ejemplo, abogados, auditores, asesores médicos y terapeutas, todo padre o estudiante que esté prestando servicio en un comité oficial, por ejemplo un comité de disciplina o de quejas, o que esté ayudando a otro oficial escolar en el desempeño de su labor. Se considera que si un funcionario escolar necesita revisar un expediente escolar a fin de cumplir con su responsabilidad profesional, su interés educativo para hacerlo es legítimo. Además, si lo solicitaren, la escuela divulgará, sin necesidad del consentimiento del padre/estudiante habilitado, los expedientes escolares del estudiante a los funcionarios escolares de otro Distrito escolar en el cual el estudiante tiene intenciones de inscribirse.

4. PRESENTAR UNA QUEJA ANTE EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LOS EE.UU. ALEGANDO FALLAS COMETIDAS POR EL DISTRITO RESPECTO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS

POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LOS EE.UU. CON RESPECTO A LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR FERPA. El nombre y la dirección de la oficina que administra FERPA es: **Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202-5901**

5. Se considera que cierta información concerniente a los estudiantes del Distrito es apta para ser incluida en el directorio (guía). Por consiguiente, se la divulga a todo aquel que habiendo seguido el procedimiento debido, la solicite, salvo que el padre o el tutor se oponga a que dicha información acerca del estudiante se vuelva de dominio público. Si usted no quiere que el Sanchez Chárter divulgue información contenida en el expediente escolar de su hijo y apta para ser publicada en el directorio, por favor, indique "no" en la siguiente declaración:

Información para el Directório – Datos Generales sobre el Estudiante

- Sí, estoy de acuerdo con que se publique y se distribuye: la dirección residencial de mi hijo(a), su número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, fechas en que asistió y bajo que condición fue matriculado en esta institución.
- No, prefiero que no se publique y se distribuye: la dirección residencial de mi hijo(a), su número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, fechas en que asistió y bajo que condición fue matriculado en esta institución.

Nombre del Estudiante: _____ Firma del Padre o Guardián: _____



**Autorización para el uso de Distribución
2021-2022**

**Autorización para el uso de Distribución
Sanchez Charter School**

Yo Autorizo a la Asociación del Avance de México Americanos y a sus de signatarios, representantes a usar y publicar sin restricciones y cuantas veces sea necesario, bajo cualquier forma o medio, información referente a mi persona incluyendo reproducciones de mi retrato (fotográficas o de otro tipo) o de mi voz, con o sin mi nombre.

Nombre del Estudiante: _____

★ ***Por favor elija una de las siguientes***

Si, yo _____ doy permiso.
(Nombre de Padre o Tutor)

Por favor, incluya a sí mismo (padre) y / o otros miembros de la familia inmediata que autorice que se incluyan en este formulario de autorización para el uso de distribución.

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

No, yo _____ no doy permiso.
(Nombre de Padre o Tutor)



Archivo Médico del Estudiante 2021-2022

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento
Médico Familiar	Número Telefónico
Contacto en Caso de Emergencia	Número Telefónico
Anote Cualquier Alergia que el Estudiante tiene	
Favor de Indicar si el Estudiante Tiene uno de los Siguietes:	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problema Cardíaco (Especificar)
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión)	<input type="checkbox"/> Sordo
<input type="checkbox"/> Hipertensión (Baja Presión)	<input type="checkbox"/> Problemas de Vista
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	
Anote el nombre de medicamento(s) que el estudiante este tomando:	
Anote los problemas médicos de los cuales la escuela debe saber:	
¿Tiene el estudiante Hijos? Si No ¿Cuántos? _____ ¿Necesita el uso de guardería infantil? Si No	
¿El estudiante (Varón/Hembra) está en espera de un bebé? Si No	
Anote cuales son los beneficios que el estudiante está recibiendo:	
<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Estampillas de comidas <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Vivienda de interés Social <input type="checkbox"/> ADFC <input type="checkbox"/> CCMS	
<input type="checkbox"/> Otros	
IMUNIZACION: LA POLIZA DE LA ESCUELA REQUIERE QUE TODAS LAS INMUNIZACIONES ESTEN AL DIA PARA ANTES DE INCRIBIRSE. SE NECESITA SOMETER UNA COPIA DE SUS VACUNAS CON LA APLICACION ESCOLAR.	
PERMISO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO	
Yo, _____ pariente/guardián legal de _____ doy el consentimiento que el representante de la escuela Sanchez Charter School obtenga los servicios y tratamientos médicos para mi hijo(a) en caso de emergencia durante el programa escolar. El personal de la escuela tiene mi autorización de firmar cualquier forma que sea necesaria para que mi hijo (a) pueda recibir tratamiento.	
_____ Padre/ Guardian Legal	_____ Fecha

AAMA- Early Childhood Center
Childcare Center Document Checklist

AAMA – Centro de Primaria Infantil
Lista de Verificación de Documentos del Centro de Cuidado Infantil

All Applicants: Todos los Solicitantes:

- 3 Recent Pictures/3 Fotos Recientes
- Enrollment Form/Formulario para Inscribir
- Medical Release/Información Medica
- Immunization Record/Archivo de Inmunizaciones
- Social Security Card/Tarjeta de Seguro Social
- Birth Certificate/Certificado de Nacimiento
- Proof of Address/Prueba de Domicilio
- Last 2 Paycheck Stubs/Últimos 2 talones de cheques
- Parent ID /Identificación del Padre o Madre
- Authorization for Emergency Medical Care/Autorización para Tratamiento de Atención Medica
- Emergency Form/Formulario de Emergencia
- Parents Acknowledgement/Reconocimiento de los padres
- Child Profile/Perfil del Nino/a
- Parent-Student Contract/Acuerdo de Padres-Estudiante
- Emergency Dismissal Procedures/Procedimientos para Salida de Emergencia
- Attendance Agreement/Acuerdo para Asistencia
- Information Release Form/Formulario de permiso de Comunicación
- Parent Handbook Form/Formulario de Manual para Padres
- Proof of Address/Comprobante de vivienda
- Proof of School Enrollment/Comprobante de matrícula Escolar
- Medicaid Letter/Carta de Medicaid
- Award Letter of SNAP Benefits/Carta de concesión de beneficios de SNAP
- WIC Award Letter/Carta de beneficios de WIC
- Or TANIF Award Letter/ O Carta de benéficos de TANIF

INFORMACION DE ADMISION

Propósito: Utilice este formulario para coleccionar toda la información requerida sobre un niño que se inscribe en la guardería.

Instrucciones: El proveedor del centro infantil provee este formulario al padre o tutor del niño. El padre o tutor completa el formulario en su totalidad y lo devuelve al proveedor de cuidado infantil antes del primer día de inscripción del niño/a. El proveedor de cuidado infantil obtendrá el formulario archivado en el centro de cuidado infantil.

INFORMACION GENERAL			
Nombre de la Organización: AAMA Sanchez Charter School – Early Childhood Center		Nombre de directora: KhaRaven Guevara	
Nombre completo del niño/a:		Fecha de Nacimiento:	El Nino Vive Con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian
Dirección residencial del niño/a:			
Fecha de Admisión:		Fecha de Retiro:	
Nombre de la madre/padre o tutor completando el formulario:		Dirección del padre o tutor (si es diferente a la del niño/a):	
Enumere los números de teléfono a continuación donde los padres/tutores pueden ser contactados mientras el niño/a esta bajo nuestro cuidado.			
Número de teléfono de la madre 1.	Número de teléfono del padre 2.	Número de teléfono del tutor.	Documentos de custodia. Archivados: Yes <input type="checkbox"/> No
Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable a la que hay que llamar en caso de una emergencia si no es posible localizar a los padres/tutores:			Relación:
Autorizo a la escuela de cuidado de niños para que deje a mi hijo en la operación de cuidado de niños SOLAMENTE con las siguientes personas. Indique el nombre y el número de teléfono de cada uno. Los niños solo serán entregados a un padre o tutor o a una persona designada por el padre/ tutor después de la verificación de la identificación.			
Nombre y número de teléfono:	Nombre y número de teléfono	Nombre y número de teléfono:	
Información de Consentimiento			
Marque todo lo que aplica o corresponda:			
1. TRANSPORTE			
Yo doy consentimiento para que mi hijo/a sea transportado y supervisado por los empleados de la escuela Infantil. <input type="checkbox"/> Atención de emergencia <input type="checkbox"/> en excursiones <input type="checkbox"/> hacia y desde casa <input type="checkbox"/> hacia y desde la escuela			
2. EXCURSIONES			
<input type="checkbox"/> doy mi consentimiento para que mi hijo participe en excursiones. <input type="checkbox"/> No doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en excursiones.			
Comentarios:			
3. ACTIVIDADES CON AGUA (acuáticas)			
Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las siguientes actividades de agua (acuáticas). <input type="checkbox"/> Juego de mesa <input type="checkbox"/> juego de aspersores <input type="checkbox"/> piscinas para chapotear <input type="checkbox"/> Piscinitas <input type="checkbox"/> parques de agua (acuáticos)			

**INFORMACION DE
CONSENTIMIENTO**

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

4. RECIBO DE POLISAS ESCRITAS DE NUESTRAS OPERACIONES.

Acepto haber recibido las pólizas escritas del centro infantil, incluidas aquellas para:

<input type="checkbox"/> Disciplina y ayuda (guianza)	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dar permisos al niño/a
<input type="checkbox"/> Suspensión y expulsión	<input type="checkbox"/> Criterios de enfermedad y exclusión
<input type="checkbox"/> Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dispensar medicamentos
<input type="checkbox"/> Procedimientos para realizar controles de salud	<input type="checkbox"/> Requisitos de vacunación para niños
<input type="checkbox"/> Descansos seguros	<input type="checkbox"/> Comidas y prácticas de servicio de alimentos
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres discutan sus preocupaciones con la directora/o.	<input type="checkbox"/> Procedimientos para visitar el Centro sin obtener aprobación previa
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres participen en las actividades operativas.	<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres se comuniquen con el Departamento de licencias de cuidado infantil, el DFPS, la línea directa de abuso infantil y el sitio web del DFPS

5. COMIDAS

Entiendo que se servirán las siguientes comidas a mi hijo mientras este bajo el cuidado infantil.

Ninguno Desayuno Bocado por la mañana Almuerzo Bocado por la tarde Cena Bocado por el atardecer

6. DIAS Y HORARIOS DE LA ESCUELA INFANTIL

Normalmente, mi hijo/a estará bajo cuidado los siguientes días y horarios:

Días de la Semana	AM	PM
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

En caso de que no puedan comunicarse conmigo para hacer arreglos para la atención medica de emergencia, autorizo a la persona a cargo a llevar a mi hijo/a:

Nombre del Doctor Medico:	Dirección:	Numero Telefónico:
Nombre del centro de atención de emergencia:	Dirección:	Numero Telefónico:
Doy mi consentimiento para que la instalación asegure toda la atención medica de emergencia necesaria para mi hijo/a.		Firma-Padres o tutor legal:

SECCION DE INFORMACION ADICIONAL DEL NINO/A

Enumere cualquier necesidad especial que su hijo/a pueda tener, como alergias ambientales, intolerancias alimentarias, enfermedades existentes, enfermedades graves previas, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado para uso continuo a largo plazo y cualquier otra información que los cuidadores deben ser consciente de: ¿Su hijo tiene alergias alimentarias diagnosticadas? Si No Plan presentado el:

Las operaciones de cuidado infantil son lugares públicos según la Ley de Estadounidense con Discapacidades (ADA), Título III. Si cree que tal operación puede estar practicando discriminación en violación del Título III, puede llamar a la ADA Línea de información (800) 514-0301 (mensaje) o (800) 514-0383 (TTY).

Firma de Padre/Madre o tutor legal:	Fecha de firma:
-------------------------------------	-----------------

EDAD ESCOLAR DE LOS ESTUDIANTES

Mi hijo/a asiste a la siguiente escuela:

Nombre de la Escuela:	Número telefónico de la Escuela:
-----------------------	----------------------------------

Mi hijo/a tiene permiso para (aplique todo lo que corresponda):

Caminar hacia o desde la escuela o la casa viajar en autobús ser entregado al cuidado de su hermano menor de 18 años.

Lugares autorizados para recoger / dejar que no sean la dirección del niño/a:

REQUISITOS DE ADMISION

Si su hijo/a no asiste al jardín de infantes o la escuela fuera de la operación de cuidado infantil, se debe presentar uno de los siguientes cuando su hijo sea admitido en la operación de cuidado infantil o dentro de una semana de la admisión. *Marque solo una opción:*

1. **DECLARACION DEL PROFESIOAL DEL CUIDADO DE LA SALUD:** He examinado al niño/a antes mencionado dentro de el año pasado y descubra que puede participar en el programa de cuidado infantil.

Firma del profesional de la salud:	Fecha de firma:
------------------------------------	-----------------

2. Se adjunta una copia firmada y fecha de la declaración de un profesional de la salud.

3. El diagnostico y el tratamiento medico entran en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que me adhiero o soy miembro. Adjunto una declaración jurada firmada y fechada que indica esto.

4. Mi hijo/a ha sido examinado durante el ultimo año por un profesional de la salud y puede participar en el programa de guardería. Dentro de los 12 meses posteriores a la admisión, obtendré una declaración firmada por un profesional de la salud y la enviare a la oficina de cuidado infantil.

Nombre y dirección del Doctor:

Firma Padre/Madre o tutor legal:	Fecha de firma:
----------------------------------	-----------------

REQUISITOS DE EXCLUSION

He añadido una declaración firmada y jurada con fecha que indica que rechazo las vacunas por motivos de conciencia, incluidas las creencias religiosas, en el formulario descrito en la Sección 161.0041 del Código de Salud y Seguridad presentado a mas tardar 90 días después de que la declaración jurada sea certificada ante un notario.

He adjuntado una declaración firmada y jurada con fecha que indica que el examen de la vista o el oído entra en conflicto con los principios o practicas de la una iglesia o denominación religiosa de la que soy adherente o miembro.

RESULTADO DEL EXAMEN DE VISION

D 20/	I 20/	<input type="checkbox"/> Paso	<input type="checkbox"/> Fallo
Firma:		Fecha de firma:	

HEARING EXAM RESULTS

Oír	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Paso o Fallo
Derecho				<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Fallo
Izquierdo				<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Fallo
Firma:			Fecha de firma:	

INFORMACION DE VACUNAS

Las siguientes vacunas requieren múltiples dosis a lo largo del tiempo. *Proporcione la fecha en que su hijo recibió cada dosis.*

Vacunas	Calendario de Vacunas	Fechas /Cuando fue Vacunado/a
Hepatitis B	Nacimiento (primera dosis) 1-2 meses (segunda dosis) 6-18 meses (tercera dosis)	
Rotavirus	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis)	
Difteria, Tétano, Tos Ferina	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 15-18 meses (cuarta dosis) 4-6 meses (quinta dosis)	
Haemophilus InfluenzaType B	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 12-15 meses (cuarta dosis)	

INFORMACION DE VACUNAS

Las siguientes vacunas requieren múltiples dosis a lo largo del tiempo. *Proporcione la fecha en que su hijo recibió cada dosis.*

Vacunas	Calendario de Vacunas	Fechas /Cuando fue Vacunado/a
Neumococo	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 12-15 meses (cuarta dosis)	
Polio virus Inactivado	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6-18 meses (tercera dosis) 4-6 años (cuarta dosis)	
Influenza	Anualmente, a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis administradas con al menos cuatro semanas de diferencia para los niños que reciben la vacuna por primera vez y para algunos otros niños de este grupo de edad.	
Paperas, sarampión, rubeola	12-15 meses (primera dosis) 4-6 años (segunda dosis)	
Varicela	12-15 meses (primera dosis) 4-6 años (segunda dosis)	
Hepatitis A	12-23 meses (primera dosis) La segunda dosis debe administrarse de 6 a 18 meses después de la primera dosis.	

VERIFICACION DEL MEDICO O PERSONAL DE SALUD PUBLICA

Firma o sello de un medico o personal de salud publica que verifique la información de vacunas anteriores:

Firma:

Fecha de firma:

VARICELLA (CHICKENPOX)

Varicela (chickenpox) Vacuna contra la varicela no es necesaria si su hijo/a ha tenido varicela. Si su hijo/a ha tenido varicela, complete la declaración: Mi hijo tuvo la enfermedad de varicela (chickenpox) el (fecha) o alrededor de esa fecha y no necesita la vacuna contra la varicela.

Firma de Padre/Madre o tutor:

Fecha de firma:

INFORMACION ADICIONAL SOBRE LAS VACUNAS

Para obtener información adicional sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas en www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm.

PRUEBA DE TB (SI ES NECESARIO)

Positivo

Negativo

Fecha:

**ZONA LIBRE DE
PANDILLAS**

Según el Código Penal de Texas, cualquier área dentro de los 1,000 pies de un centro de cuidado infantil es una zona libre de pandillas, donde los delitos relacionados con la actividad delictiva organizada están sujetos a penas mas severas.

**DECLARACION DE
PRIVACIDAD**

DFPS valora su privacidad. Para obtener más información, lea nuestra Póliza al <http://www.dfps.state.tx.us/policies/privacy.asp>. Negativo

FIRMAS

Firma de padre/madre o guardián del niño/a:

X

Fecha de Firma:

Designado del Centro:

X

Fecha de Firma:

Información de Emergencia

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de Mama/Papa o Guardian: _____

de Casa: _____

de Trabajo: _____

de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Contactos Alternativos:

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Alergias

Alergias: _____

Otra información importante: _____

Doy permiso a AAMA Centro Infantil para realizar cualquier emergencia (es decir primeros auxilios, medidas de evacuación en caso de desastre, etc.) que se consideren necesarias para el cuidado y protección de su niño/a mientras esta bajo la supervisión del centro infantil.

En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado al hospital mas cercano a u otro hospital recomendado por el personal de emergencia, por la unidad de emergencia local para recibir tratamiento si el recurso de emergencia local (policía, rescate) lo considera necesario.

Se entiende que en algunas situaciones médicas, el personal deberá comunicarse con el recurso de emergencia local antes que el padre, el médico del niño y / u otro adulto que actúe en nombre de los padres.

Firma del padre:

Fecha:

Perfil del Niño/a

Esta información es para uso confidencial de la Directora y el maestro que trabajaran con su hijo/a.

Nombre del niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Horas de cuidado:

De:

Días de la Semana:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Altura: _

Peso: _

_ Lugar de nacimiento:

Con quien vive su hijo/a)? (marque uno o ambos)

_____ Madre

_____ Padre

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Número del trabajo: _____

Número del trabajo: _____

Enliste los nombres y edades de los hermanos:

Enliste los nombres y edades de los hermanos:

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Nombre otras personas que viven Enel hogar y la relación:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Visita el niño/a sus abuelos? Si ___ No ___

¿Como se llaman los abuelos?: _____

Historial Personal:

Tiene su hijo/a antecedentes de lo siguiente?:

¿Deterioro de la visión o infección ocular? Si ___ No ___

¿Discapacidad auditiva o discapacidad auditiva? Si ___ No ___

¿Problemas al hablar? Si ___ No ___

Necesita tu hijo/a ayuda para vestirse?

Vestirse ___ Desvestirse ___ Ninguno ___

Su hijo/a comparte habitación o esta solo/a? Si ___ No ___

¿Si comparte la habitación, con quien la comparte? _____

Estad civil de los padres (maque el espacio en blanco correspondiente):

___ Casados ___ Separados ___ Padraastro/Madrasta ___ Viven Juntos ___ Divorciados

¿Por cuánto tiempo?

Arreglos de custodia/ visitas (una explicación de estos arreglos permite al maestro comprender mejor al niño y satisfacer sus necesidades.)

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Experiencia de Juego de Niños

Es su hijo/a izquierdo o zurdo? _

Cuanto tiempo pasa su hijo/a en el aire libre? _____

Con que le gusta jugar a su hijo/a en casa? _____

Cuáles son los juguetes favoritos del niño/a? _____

Cuáles son los intereses especiales de su hijo/a?

Cuáles son las comidas favoritas de su hijo/a? _____

Tiene su hijo/a compañeros de juego de edad similar? _Si _No

Si la respuesta es no, enumere las edades de los compañeros de juego. _____

Nombra las cosas que disfrutan haciendo juntos: _

Con que frecuencia le lee a su hijo/a? _____

Hábitos

Comparta cualquier información pertinente con respecto a lo siguiente:

Hábitos de aseo personal: _____

Palabras del niño/a para ir al baño:

Rutinas para dormir/ siesta:

Hábitos de comportamiento (chuparse el dedo, rabietas, etc.)

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Disposición / Temperamento

Como se siente su hijo/a de sí mismo?

Que es lo que más le preocupa de su hijo/a?

¿Cuáles son las habilidades especiales de su hijo?

Enumere su (s) método (s) de disciplina den casa:

Opcional

Los datos de planificaciones programa (opcionales) recopilados en esta sección se utilizarán para planificar un programa individualizado para cada niño/a.

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

Describa las creencias y / o costumbres culturales que ayudaran en la planificación del programa individual de su hijo:

Otra información que crea que le ayudara a planificar el programa individual de su hijo/a.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Perfil del Niño

Para atender las necesidades de su bebé de una manera más individualizada, complete este formulario y devuélvalo al centro.

Instrucciones de cuidado de niños

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tipo de Fórmula (sea específico): _____

Tipos de Jugo: _____

Tipos de Dieta: Carnes de cereales

Vegetales: _____

Frutas: _____

Alergias:

Comidas: _____

Piel: _____

Otro: _____

Síntomas Producidos: _____

Cuidado de la piel: Ungüento _____ Jabón Especial: _____

Posición al dormir: ___ De espalda ___ De lado

¿Tu bebé usa goma (chupete)? ___ Si ___ No

Otra información útil (incluya el horario de alimentación, sueño, etc.)

Firma de Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Formulario de reconocimiento de los padres

Esto es para reconocer que AAMA el Centro Infantil me ha proporcionado el Manual de Cuidado infantil y ha discutido su contenido conmigo. También he recibido una copia personal de las pólizas de operación.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Como parte de una organización sin fines de lucro, AAMA Sanchez Charter School no tienen la capacidad financiera de comprar un seguro para cubrir accidentes o lesiones en el Centro de Primera Infancia.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Yo, _____, reconozco que mi lugar en la guardería se le dará a otro estudiante si no cumplo con todas las reglas y regulaciones. Mi asistencia debe permanecer en un 95% en todas las clases (incluido el primer periodo).

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Doy consentimiento para que mi hijo sea fotografiado por el personal y por los medios de comunicación. Doy mi consentimiento para que fotografía sea desplazada en el centro de primera infancia, transmisiones de televisión y volantes o folletos.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Cremas para panales, bloqueo solar y repelente de insectos. Se les pide a los padres que separen aplicar crema para panales, repelente de insectos y /o protector solar a su hijo que traigan la marca de su elección en el envase original, etiquetado con el nombre del niño. Se deberá completar un formulario de autorización antes de que se pueda aplicar la pomada, el protector solar y / o el repelente de insectos.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Contrato de Cuidado Infantil para Padres

Nuestro objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida tanto para el estudiante como para el niño, donde no solo estarán seguros y amarán, sino que también aprenderán.

El propósito de que GIS tenga una guardería es brindar a los estudiantes con niños la oportunidad de asistir a clases y graduarse. Por lo tanto, todos los estudiantes que son padres o que esperan ser padres deben inscribirse en el programa de Work Force Solutions. Como saben, el espacio es limitado y solo aquellos estudiantes que estén dispuestos a seguir las políticas de cuidado infantil podrán mantener a sus hijos inscritos. Es mi mas sincero deseo que tenga éxito en completar su educación secundaria.

He leído la información anterior y acepto atender la información requerida.

Firma de Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Si mi hijo asiste al centro de AAMA Cuidado Infantil con una asistencia, una beca de noventa (90) días o una estructura de tarifas base de ingresos. Debo estar empleado durante toda la duración de mi elegibilidad. El no mantener el empleo resultara en que mi hijo sea despedido del programa. Se requiere documentación durante la duración del periodo de elegibilidad. Entiendo que tendré que volver a presentar una solicitud y se me colocara en una lista de espera.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____

Póliza de asistencia al centro de niñez temprana de AAMA

Los niños que caigan por debajo del 80 por ciento de asistencia durante el año académico perderán su lugar en nuestro programa.

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Yo entiendo que debo recertificar mi elegibilidad para estar en la estructura de tarifas base de ingresos cada seis meses. Si no proporciono la documentación solicitada en los 3 días hábiles posteriores a mi notificación, perderé mi elegibilidad y seré responsable del costo total de la matrícula.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Al Inscribirse en AAMA

Yo doy a la Asociación para el Avancé de los Mexicoamericanos, sus designados, agentes y cesionarios, permiso ilimitado para usar, publicar y volver a publicar en cualquier forma o medio, información sobre mi y reproducción de mi imagen (fotográfica o de otro tipo) y mi voz con o sin identificación mía por nombre.

Nombre de Estudiante: _____ Firma de Padre/Madre: _____

He leído, entendido y respetare el manual de póliza de cuidado infantil de AAMA Centro Infantil. Entiendo las secciones sobre asistencia, medicamentos y enfermedades. Entiendo que, a firmar el formulario de reconocimiento, estoy obligado por su contenido. En el caso de que o cumpla con estas políticas, entiendo que mis hijos no podrán asistir y se les pedirá que busquen otros arreglos para el cuidado de niño/a.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____

Yo entiendo que debo recertificar mi elegibilidad ara estar en la estructura de tarifas base de ingresos cada seis meses. Si no proporciono la documentación solicitada en los 3 días hábiles posteriores a mi notificación, perderé mi elegibilidad y seré responsable del costo total de la matrícula.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Para obtener la Ayuda Financiera de Workforce Solutions, necesita preparar un plan de empleo con la ayuda de un profesional especializado de una de nuestras [Oficinas Vocacionales de Workforce Solutions](#). Los solicitantes de ayuda financiera para cuidado infantil no necesitan un plan de empleo y pueden presentar una Solicitud de Ayuda Financiera de acuerdo con las indicaciones proporcionadas más abajo.

Los profesionales de las Oficinas Ocupacionales de Workforce Solutions estarán a su disposición para responder sus preguntas en relación con la Solicitud de Ayuda Financiera y proporcionarle información acerca de la documentación que necesita para respaldar su solicitud.

Los profesionales de las Oficinas Ocupacionales de Workforce Solutions no pueden informarle si usted reúne los requisitos para recibir la Ayuda Financiera de Workforce Solutions.

Los clientes pueden solicitar la ayuda financiera introduciendo los datos en línea en una solicitud en versión "PDF rellenable", disponible en www.wrksolutions.com, o completando el formulario en papel proporcionado en la oficina. El formulario en versión PDF no permite guardar la información en su computadora. Los clientes deben:

1. Completar las Secciones 1, 2 y 3 y firmar cada sección
2. Leer y firmar el formulario de orientación para procedimientos de quejas
3. Completar las secciones de anexos si son aplicables
 - a. Anexo para veteranos: complete esta sección si usted es un veterano o un esposo(a) que califica a nivel federal
 - b. Anexo de ayuda financiera para cuidado de niños: complete esta sección si está solicitando asistencia financiera para cuidado de niños

Una vez que haya completado las partes pertinentes del paquete de Solicitud de Ayuda Financiera de acuerdo con las indicaciones de arriba, deberá imprimir la Solicitud de Ayuda Financiera y presentarla con la documentación que respalde su elegibilidad para ayuda financiera. La Oficina Ocupacional de Workforce puede ayudarle a transmitir su solicitud completada a nuestra Oficina de Soporte de Ayuda Financiera o usted mismo puede enviar su solicitud directamente a:

Financial Aid Support Office
P.O. Box 924586
Houston, Texas 77292
Fax – 713-266-2495
Email – supportcenter@wrksolutions.com

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE ESPERA RECIBIR DE NOSOTROS?
<input type="checkbox"/> ¿Ayuda para pagar la escuela o capacitación? ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ayuda para pagar los gastos de cuidado de niños - Complete la Sección VI: Anexo de Ayuda Financiera para Cuidado de Niños
<input type="checkbox"/> ¿Ayuda para pagar transportación, vestimenta, etc. para poder aceptar o conservar un empleo. ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ¿Ayuda para capacitación en el empleo o para experiencia laboral? ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Otro ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Quién fue el Profesional de Workforce que discutió estos servicios con usted?

SECCIÓN I – INFORMACIÓN ACERCA DEL SOLICITANTE

Nombre (Primer nombre, Inicial seg. nombre, Apellido):		Fecha de nacimiento	Edad
Dirección de domicilio:		Ciudad, Estado y Código Postal	
Dirección postal:		Ciudad, Estado y Código Postal	
Teléfono	Celular	Tel. alternativo	Cel. alternativo
Correo electrónico		Número del Seguro Social*:	Fecha de hoy:
¿Es ciudadano/a de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si contesta NO, ¿está autorizado/a a trabajar en los EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Varones de 18 o más: ¿Inscrito en el Servicio Selectivo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Ud. o su esposo(a) sirvieron en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesta SÍ, complete la sección V: Veteranos. Anexo 5.	
Raza - Marque todo lo que corresponda. ¿Es usted...? <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o africano <input type="checkbox"/> Asiático-americano <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		Origen étnico: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
EMPLEO			
¿Está actualmente empleado/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál es su ocupación más reciente?		Años de experiencia en esta ocupación
Nombre del empleador:	Número de horas por semana:	Fecha de inicio:	Fecha de terminación:
			Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
Si tiene un empleo, ¿ha recibido una notificación de suspensión? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ha tenido que pasar la noche en el lugar de trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si está desempleado, ¿por qué terminó su último trabajo? <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Cierre de la compañía			
¿Está disponible para trabajar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿No ha podido encontrar trabajo en su ocupación o industria más reciente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Cree que necesita servicios de Workforce Solutions para ayudarlo a conseguir un mejor empleo o conservar el que ya tiene para mantenerse a usted mismo y mantener a su familia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Qué tipo de trabajo espera encontrar?	
¿Cree que no tiene éxito en su búsqueda de empleo porque: (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> no habla muy bien inglés;		<input type="checkbox"/> necesita mejorar sus técnicas para entrevistas;	
<input type="checkbox"/> no tiene un diploma de preparatoria (High School), GED;		<input type="checkbox"/> le faltan habilidades laborales para ganar un salario que le permita ser autosuficiente;	
<input type="checkbox"/> no puede leer bien o aplicar correctamente las matemáticas;		<input type="checkbox"/> no tiene las habilidades para una búsqueda de empleo exitosa;	
<input type="checkbox"/> otro: Explique:		<input type="checkbox"/> no sabe manejar una computadora;	
En caso de más de un empleador, agregue el empleador en la Sección IV.			
EDUCACIÓN			
¿Está actualmente asistiendo a la escuela o a un curso de capacitación? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es NO, fecha en que asistió por última vez a la escuela:		
En caso de asistir a la escuela, nombre de la escuela:	¿En qué grado se encuentra actualmente?	¿Ha tenido 10 o más días de ausencia escolar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
En caso de asistir a una institución de educación post-secundaria o a un curso de capacitación, nombre de la institución:	Nro. de horas de clase por semana:	Nro. de horas crédito por semestre:	Job Corps: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



¿Ha solicitado la ayuda federal para estudiantes FAFSA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesta SÍ, ¿cuándo la solicitó?	¿Recibe becas, subsidios o préstamos como ayuda para ir a la escuela? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si contesta SI, ingrese el monto, si sabe: \$
¿Cuál fue el último grado que completó ? <input type="checkbox"/> <9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 completado – Sin diploma <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado de habilidades <input type="checkbox"/> Certificado de IEP <input type="checkbox"/> 1 año de universidad completado <input type="checkbox"/> Grado de asociado <input type="checkbox"/> Diploma universitario <input type="checkbox"/> Maestrías <input type="checkbox"/> Doctorado		

*Opcional

INFORMACIÓN ADICIONAL		
¿Se encuentra actualmente en un hogar temporal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha estado alguna vez en un hogar temporal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Llegó a la edad máxima o a los 16+años se fue por motivos de tutela o adopción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Lo han condenado por un delito menor? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Lo han condenado por un delito grave? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene antecedentes de arresto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿En qué fecha fue puesto en libertad?	
¿Es un adolescente que está esperando un bebé o está criando a un hijo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Se considera en situación de haberse escapado de su hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Es usted Trabajador Migrante Temporal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Trabaja para una compañía procesadora de alimentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene bienes familiares que excedan los \$1,000,000.00? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Está usted discapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
¿Alguna de estas situaciones es aplicable a su familia? Reside con padre/madre o tutor: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reside con amigos/familiares que no son ni padre/madre ni tutor: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Su residencia nocturna actual es: ¿Motel, automóvil o campamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Albergue o vivienda transitoria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna de estas agencias determinó que su familia está en situación de falta de vivienda? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Distrito escolar <input type="checkbox"/> Programa de viviendas transitorias <input type="checkbox"/> Otra agencia de servicio social, Identifique Albergue/Escuela/Agencia de Servicio Social:		

MARQUE LOS BENEFICIOS QUE USTED (O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA) ESTÁ RECIBIENDO O RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:				
Ahora	Últ. 6 meses	Fecha de inicio	Tipo de beneficio	Cubierto por el beneficio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asistencia temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) Fecha Cert	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) Adultos sanos sin dependientes (ABAWD)	<input type="checkbox"/> Usted
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ Últ. día. pdo.	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seguro Social para Personas Discapacitadas (SSDI)	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Usted
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asistencia de la Ley de Comercio (TAA)	<input type="checkbox"/> Usted
<input type="checkbox"/>			Almuerzo escolar gratuito o a precio reducido	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia ¿quién?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asistencia para Refugiados	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otra asistencia pública estatal/local basada en ingresos \$ Fuente	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro de la familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Beneficiario del Programa "Ticket to Work" o "Boleto para Trabajar"	

SECCIÓN II – INFORMACIÓN ACERCA DE LA FAMILIA

Complete la sección a continuación acerca de cada una de las personas que viven en su hogar. Comience con su propia información y luego enumere las personas que viven con usted y la relación que tienen con usted. Incluya la fecha de nacimiento y el ingreso bruto mensual aproximado de cada persona.

Nombre	Relación	¿Dependiente del solicitante?	Fecha de nacimiento	¿Algún ingreso en los últimos seis meses?	Ingreso bruto mensual	Marque si esta persona tiene una discapacidad *Opcional	Marque si esta persona necesita servicio de cuidado de niños
	Yo mismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de más de diez personas viviendo en su hogar, agréguelas aquí:

Recibí, leí y firmé una copia del documento de orientación para los procedimientos de quejas. (Ver página 8) SI NO

AVISOS LEGALES Y FIRMAS

— LEA TODOS LOS AVISOS LEGALES Y MARQUE TODAS LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN —
FIRME E INGRESE LA FECHA

(si el solicitante es menor de edad, deberá firmar el padre/tutor)

- Entiendo que proporcionar información falsa o no revelar información para aparentar reunir los requisitos necesarios para recibir ayuda financiera se considera fraude. Una persona que obtenga o intente obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales no tenga derecho, podría ser privada en el futuro de recibir ayuda financiera de Workforce Solutions, deberá devolver la ayuda financiera recibida y podrá ser juzgada de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.
- Autorizo a Workforce Solutions a ponerse en contacto con terceras partes para verificar la información relativa a mi solicitud de ayuda financiera.
- Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas según mi mejor conocimiento y entendimiento.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre/Tutor si el solicitante es menor de edad

Fecha

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN III – INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS INGRESOS FAMILIARES

Seguramente le pidamos demostrar sus ingresos familiares antes de adjudicarle la ayuda financiera de Workforce Solutions. Complete esta planilla indicando a los miembros de su familia y marcando las fuentes de ingresos que correspondan para cada miembro dentro de las últimas 26 semanas. Si está solicitando únicamente apoyo financiero para cuidado de niños, marque las fuentes de ingresos que correspondan a las últimas 13 semanas.

Miembro de la familia con ingresos	Sueldo/ Salario	Empleo por cuenta propia	Pagos del seguro de desempleo	Manutención de hijos	Intereses Dividendos	Jubilación	Ingresos por lotería de más de \$600	Herencia	Ayuda pública (TANF, SSI, SNAP, etc.)	Ganancias/ pérdidas de capital o Ingresos por renta	Seguro Social (tercera edad, sobrevivientes, discapacidad)	Indemnización por lesiones o enfermedades resultantes del empleo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Documentación aceptable: (Incluir documento pertinente que respalde la fuente de ingresos de cada miembro de la familia)

- Talones de pago
- Formulario de verificación de empleo/ingresos (empleo nuevo o pagado en efectivo solamente)
- Documentación/declaración de indemnización por lesiones o enfermedades resultantes del empleo
- Declaración del Seguro Social
- Formulario de verificación de empleo por cuenta propia
- Registros financieros de la familia/de negocios
- Carta de adjudicación (award letter) de Asuntos de Veteranos
- Estado de cuenta bancario: no sustituye los talones de pago o la verificación de ingresos
- Formulario del IRS 1099-DIV, -INT, para dividendos o intereses
- Formulario del IRS 1040 Anexo D para ganancias de capital
- Declaración de jubilación/pensión
- Impuesto estimado quincenalmente para personas empleadas por cuenta propia (Anexo C)
- Declaración de seguridad de ingreso suplementario (debe incluir el tipo de beneficio)

La información presentada aquí es verdadera y está completa según mi mejor conocimiento y entendimiento.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN IV – HISTORIAL DE EMPLEO DE LA FAMILIA

Proporcione el historial de empleo de su familia para los seis meses anteriores a la fecha de esta solicitud. Por favor, incluya todos los empleadores que haya tenido durante este tiempo. Comience con su empleador más reciente. Se puede utilizar una hoja adicional si fuera necesario.

Nombre del miembro de la familia:		Nombre del empleador:		Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual		¿Actualmente está empleado por esta compañía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Último día de empleo:	

Nombre del miembro de la familia:		Nombre del empleador:		Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual		¿Actualmente está empleado por esta compañía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Último día de empleo:	

Nombre del miembro de la familia:		Nombre del empleador:		Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual		¿Actualmente está empleado por esta compañía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Último día de empleo:	

Nombre del miembro de la familia:		Nombre del empleador:		Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual		¿Actualmente está empleado por esta compañía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Último día de empleo:	

Certifico que esta información es verdadera y completa según mi mejor conocimiento y entendimiento

Firma del solicitante

Fecha

SECCIÓN V – ANEXO PARA VETERANOS

Veteranos y cónyuges que califican

Los veteranos elegibles y sus cónyuges que califican tienen prioridad por sus servicios cuando Workforce Solutions cuenta con recursos limitados. Por favor, marque la casilla siguiente si la misma lo/la describe.

- Veterano que califica a nivel federal/estatal – He prestado servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea y me han dado de baja o he sido relevado de tales servicios en condiciones que no fueron deshonrosas como se especifica en 38 U.S.C. 101(2). Los servicios activos incluyen tareas a tiempo completo en la Guardia Nacional o la Reserva, que no sean tareas a tiempo completo para propósitos de capacitación.

Rama:	Componente (Activo, Reserva o Guardia):	Fecha de ingreso:
Fecha de la baja:	Tipo de baja:	
Especialidad militar (texto claro):		
Si está empleado, ¿ha podido encontrar empleo relacionado con su especialidad militar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Planea regresar al servicio militar activo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Cónyuge que califica a nivel federal

- Soy cónyuge de un veterano que falleció debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo que, al momento de la solicitud de prioridad, está incluido en una o más de las siguientes categorías y ha estado incluido en ella(s) durante un total de más de 90 días:
- Desaparecido en combate,
 - Capturado en cumplimiento del deber por una fuerza hostil, o bien
 - Detenido o internado por la fuerza en cumplimiento del deber por un gobierno o poder extranjero.
- Soy cónyuge de un veterano que tiene una discapacidad total como consecuencia de una discapacidad relacionada con el servicio, según evaluación del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veteran Affairs).
- Soy cónyuge de un veterano que falleció mientras existía una discapacidad total como consecuencia de una discapacidad relacionada con el servicio, según evaluación del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veteran Affairs).

Cónyuge que califica a nivel estatal

- Soy un cónyuge que reúne los requisitos para satisfacer la definición de cónyuge que califica a nivel federal.
- Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas que falleció mientras prestaba servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea.

Yo (escriba su nombre en letra de molde) _____ doy fe de que reúno los requisitos para satisfacer la definición que se indica arriba y los criterios de elegibilidad relacionados con la misma. Certifico que la información que manifiesto arriba es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento, y entiendo que, si he realizado una declaración falsa, esto puede ser motivo para la finalización inmediata de los servicios y/o para la aplicación de sanciones según especifica la ley. Entiendo que debo informar cualquier cambio en mi condición de veterano a Workforce Solutions dentro de los 10 días calendario. También entiendo que, si la definición marcada arriba se basa en un expediente militar que yo sé que es fraudulento, ficticio o ha sido revocado, también puedo recibir sanciones tal como se estipula en las Leyes 2011 de la Asamblea Legislativa Nro. 82, Capítulo 386 (SB 431), codificadas en el Artículo 32.54 del Código Penal de Texas.

Firma del solicitante

Fecha

**CONSEJO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE LA COSTA DEL GOLFO —
GULF COAST WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD**
FORMULARIO DE ORIENTACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN (Título 29 Parte 38 - CFR)

Este Formulario de Orientación para los Procedimientos de Quejas por Discriminación explica los procedimientos de quejas por discriminación para los programas y servicios que se detallan a continuación, administrados en el área de desarrollo de la fuerza laboral local por el Consejo de Desarrollo de la Fuerza Laboral (Workforce Development Board) y sus Contratistas:

**Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act o WIOA)
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families o TANF) / CHOICES
Empleo y Capacitación del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program Employment & Training o SNAP E&T)
Servicios de Guardería (Child Care o CC)
Asistencia por Ajuste del Comercio (Trade Adjustment Assistance o TAA) y Asignaciones por Reajuste del Comercio (Trade Readjustment Allowances o TRA)**

EL ADJUDICATARIO DE AYUDA FINANCIERA FEDERAL ES:

Gulf Coast Workforce Board
3555 Timmons Lane
Houston, TX 77227

Funcionario de Igualdad de Oportunidades: Sabrina Parras
Número de teléfono: (713) 627-3200
Retransmisión de Texas: 1-800-735-2989/ TTY 1-800-735-2988 (Voz)

El Consejo de Desarrollo de la Fuerza Laboral de la Costa del Golfo (Gulf Coast Workforce Board) —el Consejo— resolverá quejas de igualdad de oportunidades de manera justa y rápida. Se prohíben los actos de restricción, interferencia, coacción, discriminación o represalia hacia los denunciantes que estén ejerciendo su derecho de presentar una queja conforme a este procedimiento. Este procedimiento se aplica a todos los solicitantes y participantes que tengan motivo para presentar una queja por discriminación relacionada con las actividades o los programas administrados por el Consejo. Si tiene una queja de igualdad de oportunidades en relación con cualquiera de estos programas, puede presentar su queja por escrito ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo o del Contratista, según corresponda.

Una vez recibida su queja de igualdad de oportunidades, el funcionario de igualdad de oportunidades (EO) le notificará acerca del paso siguiente del procedimiento de queja. Si desea dar curso a la queja, el Consejo o el Contratista seguirán los pasos descritos a continuación. Le sugerimos que estudie detenidamente el Procedimiento de Quejas por Discriminación y, si siente que no se están siguiendo los pasos requeridos, póngase en contacto con el funcionario de igualdad de oportunidades. Recuerde que si cree que no le están proporcionando la ayuda suficiente en cualquier etapa del procedimiento de queja, debe ponerse en contacto con:

Texas Workforce Commission (TWC)
Equal Opportunity Monitoring /
Monitoreo de igualdad de oportunidades
101 E. 15th St., Room 242-T
Austin, TX 78778-0001

Números de teléfono:
(512) 463-2400
Retransmisión de Texas: 1-800-735-2989
TTY 1-800-735-2988 (Voz)

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

El adjudicatario de asistencia financiera del Gobierno Federal tiene prohibido por ley discriminar por las siguientes razones: a cualquier persona en los Estados Unidos por motivos de raza, color, religión, sexo (lo que incluye embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas, estereotipos sexuales, condición transgénero e identidad de género), nacionalidad (lo que incluye dominio limitado del idioma inglés), edad, discapacidad, afiliación o inclinación política; o a cualquier beneficiario, solicitante o participante de programas que cuenten con apoyo financiero en virtud del Título I de la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act o WIOA), por motivo de ciudadanía; o por motivo de su participación en cualquier programa o actividad que cuente con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA. El adjudicatario de tal asistencia no debe discriminar en ninguno de los siguientes casos: al decidir quiénes serán admitidos o tendrán acceso a cualquier programa o actividad que cuente con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA; al proporcionar oportunidades en tal programa o actividad o al tratar a cualquier persona en relación con tal programa o actividad; o al tomar decisiones de empleo en la administración de tal programa o actividad o en relación con tal programa o actividad. Los adjudicatarios de asistencia financiera federal deben tomar las medidas razonables para garantizar que las comunicaciones con personas con discapacidades sean tan eficaces como las comunicaciones con otras personas. Esto significa que, si se lo solicita y sin costo para la persona, los adjudicatarios deben proporcionar recursos y servicios complementarios apropiados para personas con discapacidades que califiquen.

Qué hacer si cree que ha sido discriminado/a. Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante: el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (EO) del adjudicatario de asistencia federal (o la persona que el adjudicatario designe para este fin), o bien, ante el Director del Centro de Derechos Civiles (Civil Rights Center o CRC) del Dpto. de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, D.C. 20210. Si presenta su queja ante el adjudicatario de asistencia federal, tendrá que esperar a que éste envíe por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o a que transcurran 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Centro de Derechos Civiles (ver dirección arriba). Si el adjudicatario de asistencia federal no le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva dentro de los 90 días de la fecha de presentación de su queja, usted no está obligado a esperar a que el adjudicatario de asistencia le expida dicha Notificación para presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. No obstante, deberá presentar su queja ante el Centro de Derechos Civiles dentro de los 30 días del vencimiento del plazo de 90 días (es decir, dentro de los 120 días de la fecha en que presentó su queja ante el adjudicatario de la asistencia). Si el adjudicatario de la asistencia le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva en relación a su queja pero usted está insatisfecho con la decisión o resolución, puede presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. Deberá elevar esta queja dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha de recepción de la Notificación de Acción Definitiva.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

- **LEY DE INNOVACIÓN Y OPORTUNIDADES PARA LA FUERZA LABORAL (WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT O WIOA) / ASISTENCIA POR AJUSTE DEL COMERCIO (TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE O TAA) Y ASIGNACIONES POR REAJUSTE DEL COMERCIO (TRADE READJUSTMENT ALLOWANCES O TRA):**
Si cree haber sufrido discriminación con respecto a igualdad de oportunidades en un programa o actividad con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA o TAA/TRA, puede presentar una queja por discriminación dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante el Oficial de Igualdad de Oportunidades (Opportunity Officer o EO) del Consejo/Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante el Director del Centro de Derechos Civiles (Civil Rights Center o CRC) del Dpto. de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Dept. of Labor), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, DC 20210. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le expida por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Centro de Derechos Civiles. Si no se le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva dentro de los 90 días de la fecha en que usted presentó su queja, tiene 30 días después del vencimiento del plazo de los 90 días para presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles (es decir, deberá elevar la queja dentro de los 120 días de la fecha en que presentó inicialmente su queja). Si recibe una Notificación de Acción Definitiva por escrito en relación con su queja pero está insatisfecho con la decisión, puede presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. No obstante, deberá elevar esta queja al Centro de Derechos Civiles dentro de los 30 días de haber recibido la Notificación de Acción Definitiva.
- **ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES O TANF) / PROGRAMA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN "CHOICES" y/o SERVICIOS DE GUARDERÍA (CHILD CARE SERVICES O CC):**
Si cree haber sufrido discriminación en cuanto a igualdad de oportunidades en un programa o actividad TANF/Choices y/o CC con apoyo financiero federal, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo/Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services o HHS), 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. (800) 368-1019. Si desea presentar una queja contra los servicios del programa de guardería bajo asistencia financiera federal del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture o USDA), puede contactarse con la Oficina de Adjudicaciones (Office of Adjudication) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture o USDA), 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le envíe por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Dept. of Health and Human Services).
- **EMPLEO Y CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM EMPLOYMENT & TRAINING O SNAP E&T):**
Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad SNAP E&T con apoyo financiero, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo/Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante el Director de la Oficina de Adjudicaciones (Office of Adjudication) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture), 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, (202) 260-1026. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le expida por escrito un Aviso de Acción Definitiva, o hasta que transcurran 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Departamento de Agricultura de los EE. UU.

Por favor no firme este aviso hasta que lo haya leído y entendido por completo.

Al firmar debajo, acepto esta orientación para el procedimiento de quejas por discriminación y la declaración sobre La Igualdad de Oportunidades es la Ley. Afirmo que he leído el Formulario de Orientación para los Procedimientos de Quejas por Discriminación y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas en cuanto a su contenido. Entiendo que el formulario de solicitud One-Stop no es una solicitud de empleo; sino que se utiliza para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de programas y para cumplir con requisitos federales de información. Entiendo también que no proporcionar la información solicitada puede impedir que yo reciba los servicios.

Firma del solicitante

Nombre en letra de imprenta

Fecha

SECCIÓN VI – ANEXO DE AYUDA FINANCIERA PARA CUIDADO DE NIÑOS

Si usted solicita ayuda financiera para cuidado de niños:

1. Lea este documento detenidamente.
2. Coloque sus iniciales para indicar que entiende y está de acuerdo con cada responsabilidad (páginas 2 y 3) que le corresponderá si obtiene la ayuda financiera.
3. Firme y coloque la fecha en el reconocimiento para padres en la página 4.
4. Entregue este formulario junto con su solicitud de ayuda financiera.

ACUERDO PARA PADRES

Sus Derechos

1. Usted tiene derecho a esperar recibir un buen servicio de Workforce Solutions.
2. Su solicitud de ayuda financiera se procesará sin tener en cuenta lo siguiente: raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión.
3. Le garantizamos que trataremos cualquier información personal que usted proporcione a Workforce Solutions como información confidencial.
4. Si otorgamos la ayuda financiera, usted puede elegir el cuidado de niños que mejor satisfaga sus necesidades, incluido el cuidado proporcionado por un familiar del niño/a.
5. Si otorgamos la ayuda financiera, usted tiene derecho a informar un cambio en el trabajo o la educación/capacitación que pueda tener como resultado un aumento en el nivel de ayuda financiera que usted reciba.
6. Si otorgamos la ayuda financiera y se requiere que usted pague una tarifa mensual a su proveedor de cuidado de niños, usted tiene derecho a informar un cambio en la composición familiar o en los ingresos de la familia que pueda disminuir su tarifa mensual.

Su Elección de un Proveedor

He elegido el siguiente proveedor de servicios de cuidado de niños para mi(s) hijo(s). Me he puesto en contacto con las instalaciones y me he asegurado de que hay lugar disponible para mi(s) hijo(s).

Nombre del proveedor:
Dirección:
Teléfono:
Hijo(s) que asistirá(n):
Días en que se necesita el servicio de cuidado:

Sus Responsabilidades

Workforce Solutions desea que usted entienda sus responsabilidades si determinamos que es elegible para recibir ayuda financiera para gastos de cuidado de niños.

Por favor, lea las declaraciones sobre responsabilidad a continuación, coloque sus iniciales junto a cada responsabilidad para manifestar que usted entiende su responsabilidad y cumplirá con la misma, y firme en el espacio que se proporciona al final de este documento.

Si tiene preguntas acerca de cualquiera de estas responsabilidades, por favor póngase en contacto con Workforce Solutions llamando al teléfono 1-888-469-5627, luego seleccione la opción 3 y a continuación la opción 2 – o bien llame al teléfono 713-334-5980.

1. Familia/Ingresos

Entiendo que, si califico para la ayuda financiera para cuidado de niños debido a los ingresos y al tamaño de mi familia, debo informar acerca de ciertos cambios en los ingresos y/o el tamaño de mi familia a Workforce Solutions dentro de los 14 días.

Si mi familia experimenta un cambio en los ingresos o en el tamaño que podría generar que los ingresos de mi familia estuvieran por encima de los límites que se detallan en la página web de Workforce Solutions (<http://www.wrksolutions.com/for-individuals/financial-aid/financial-aid-for-child-care> - Maximum Family Income to Continue Financial Aid for Child Care – Ingresos máximos de la familia para continuar con la ayuda financiera para cuidado de niños), **debo informar tal cambio a Workforce Solutions dentro de los 14 días.**

No proporcionar esta información dentro de los 14 días puede tener como resultado costos no autorizados que tendré que reembolsar.

Importante: Podemos ayudarle. Si usted no está seguro si el cambio que experimentó en los ingresos o en el tamaño de su familia podría tener como resultado que su familia supere los límites del cuadro al que se hace referencia arriba, póngase en contacto con Workforce Solutions y nuestro personal le ayudará a determinar si su cambio en los ingresos o en el tamaño de su familia hace que su familia supere ese límite.

Iniciales del padre/de la madre _____

2. Trabajo/capacitación o educación

Entiendo que solicito ayuda financiera para el cuidado de niños para poder trabajar, estudiar o asistir a clases de capacitación laboral. Si ya no trabajo, no estudio o no asisto a clases de capacitación laboral, **informaré a Workforce Solutions dentro de los 14 días a partir del momento del cambio.**

No proporcionar esta información dentro de los 14 días puede tener como resultado costos no autorizados que tendré que reembolsar.

Iniciales del padre/de la madre _____

3. Información de contacto

Entiendo que debo informar acerca de cualquier cambio respecto del lugar de residencia, el número de teléfono principal o la dirección de correo electrónico de mi familia. **Informaré a Workforce Solutions dentro de los 14 días a partir del momento del cambio.**

Iniciales del padre/de la madre _____

4. Validación de la elegibilidad

Entiendo que la información que proporciono para determinar mi elegibilidad está sujeta a validación a través de verificaciones entre bases de datos estatales y federales y que se me puede pedir que participe en entrevistas en persona y proporcione documentos originales para verificar mi identidad y elegibilidad para recibir la ayuda financiera para el cuidado de niños.

Iniciales del padre/de la madre _____

5. Tarifa para padres

Si se determina que soy elegible para recibir la ayuda financiera y si obtengo la misma, acuerdo pagar mensualmente mi tarifa para padres al proveedor de cuidado de niños de mi preferencia. Workforce Solutions establece una tarifa a escala variable basada en el tamaño y los ingresos brutos de mi familia y la cantidad de niños que reciben cuidado. Entiendo que mi tarifa para padres puede disminuir dependiendo de cambios en el tamaño de la familia, cambios en los ingresos o en la cantidad de niños que reciben cuidado. Puedo informar a Workforce Solutions si experimento cambios en el tamaño y en los ingresos de mi familia o en la cantidad de niños que reciben cuidado, y Workforce Solutions ajustará mi tarifa mensual para padres basándose en los cambios que yo informe. Mi tarifa mensual no superará la cantidad que se indica en este Acuerdo para Padres a menos que aumente la cantidad de niños que reciban cuidado.

Iniciales del padre/de la madre _____

6. Elección de proveedores

Entiendo que si elijo:

- un familiar para cuidar a mi hijo(a):** la decisión de elegir al familiar de mi hijo(a) es solamente mía y soy plenamente responsable de ella. Entiendo que el familiar de mi hijo(a) no está sujeto a los requisitos de salud y seguridad que se requieren en el caso de un proveedor de cuidado de niños regulado. Soy responsable de estipular los requisitos para el cuidado que proporcione el familiar de mi hijo(a). Entiendo que ni el Consejo del Área de Houston-Galveston, a través de Workforce Solutions, ni ninguno de sus empleados, afiliados o contratistas, es responsable de las acciones u omisiones del familiar de mi hijo(a) que proporcione cuidado de niños o de la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- un proveedor regulado para cuidar a mi hijo(a):** la decisión de elegir un proveedor en particular es solamente mía y soy plenamente responsable de ella. Entiendo que ni el Consejo del Área de Houston-Galveston, a través del sistema de fuerza laboral de Workforce Solutions, ni ninguno de sus empleados, afiliados o contratistas, es responsable de las acciones u omisiones del proveedor regulado o de la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- un proveedor regulado que ha obtenido la certificación Texas Rising Star (TRS):** entiendo que la designación TRS indica que un proveedor cuenta con estándares de calidad que superan los estándares mínimos del estado y que debería considerarlo cuando elija un proveedor para cuidar a mi hijo(a).

Iniciales del padre/de la madre _____

7. Registro de la asistencia

Si se determina que soy elegible para recibir la ayuda financiera y obtengo la misma, entiendo que:

- Debo usar la tarjeta de asistencia para informar la asistencia y las ausencias de mi hijo(a);
- Puedo designar a un máximo de tres personas como portadores alternativos de la tarjeta de asistencia para informar la asistencia/las ausencias en mi nombre, y el portador secundario de la tarjeta debe tener por lo menos 16 años, a menos que la persona sea uno de los padres del niño(a);
- Yo (o los portadores alternativos de la tarjeta) debo (deben) revisar el recibo generado por la máquina de tarjetas de asistencia para confirmar que la asistencia de mi hijo(a) esté aprobada para ese día.
- Debo informar a Workforce Solutions cuando se niegue o rechace mi intento de registrar la asistencia y ello no se pueda corregir en las instalaciones del proveedor de cuidado de niños.

Iniciales del padre/de la madre _____

8. Requisitos del acuerdo de seguridad para la tarjeta de asistencia

- a. No permitiré que cualquier otra persona, un proveedor de cuidado de niños, o su propietario, director, subdirector o empleado, posea, acepte o use mi tarjeta o mi PIN (o la tarjeta o el PIN del portador alternativo de la tarjeta), para realizar la función de informar la asistencia/ausencia en mi nombre.
- b. No designaré al personal, propietario, director o subdirector del proveedor de cuidado de niños como un portador alternativo de la tarjeta.
- c. Soy responsable de cualquier uso inapropiado de la tarjeta de asistencia de parte de los portadores alternativos de la tarjeta.
- d. Soy responsable de informar a los portadores alternativos de la tarjeta acerca de estos requisitos y su responsabilidad respecto del uso de la tarjeta de asistencia.
- e. Informaré a Workforce Solutions acerca de cualquier uso indebido de mis tarjetas de asistencia y/o PIN.

Workforce Solutions tomará las medidas apropiadas contra cualquier persona que no cumpla con los requisitos de seguridad anteriores en relación con la tarjeta de asistencia, incluyendo negar referencias a un proveedor que es portador de una tarjeta, trasladar a los niños a otro proveedor seleccionado por los padres, retener pagos a un proveedor o un reembolso de gastos efectuados, recuperación de fondos, y además puede incluir la presentación de cargos penales ante las autoridades que corresponda.

Iniciales del padre/de la madre _____

Reconocimiento para Padres

1. Entiendo que una persona que obtenga o intente obtener, por cualquier medio fraudulento, servicios a los cuales no tenga derecho, puede ser juzgada de conformidad con las leyes estatales y federales en vigor.
2. También reconozco que puedo encontrar el Manual para Padres en el sitio web de [Workforce Solutions](#) y que Workforce Solutions responderá todas mis preguntas.
3. Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, garantizaré que mi hijo(a) asista al servicio de cuidado de niños en forma regular. Los estándares de asistencia mensuales incluyen:
 - a. No más de 4 ausencias consecutivas en un mes.
 - b. No más de 9 ausencias en total en un mes.
4. Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, entiendo que si mi hijo(a) supera las sesenta y cinco (65) ausencias en total durante mi período de elegibilidad, mi hijo(a) no será elegible para los servicios de cuidado de niños durante 12 meses a partir del final de mi período de elegibilidad. Las ausencias por motivo de una enfermedad crónica, una discapacidad o visitas ordenadas por un tribunal que estén documentadas no cuentan para el máximo de ausencias permitidas.
5. Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, reconozco que no cumplir con la norma sobre asistencia estipulada por mi proveedor puede tener como resultado que el proveedor finalice la inscripción de mi hijo(a).
6. Doy permiso a Workforce Solutions para ponerse en contacto con terceras personas para verificar los ingresos y el tamaño de la familia, o bien utilizar información de la solicitud de ayuda financiera para la identificación y verificación de los ingresos.
7. Reconozco la información comprendida en este Acuerdo para Padres, que incluye: mis derechos, elección de proveedores y responsabilidades. Tengo derecho a solicitar un cambio en mi elección de proveedor.

Firma del padre/de la madre

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ENCUESTA SOBRE LA INFORMACIÓN DEL HOGAR 2021-2022

George I. Sanchez Charter School está participando en la Disposición de Elegibilidad de la Comunidad bajo el Programa Nacional de Almuerzos Escolares. De acuerdo con esta opción, todos los niños de la escuela recibirán un desayuno / almuerzo sin cargo a pesar de haber completado este formulario. Sin embargo, para determinar la elegibilidad para varios beneficios adicionales del programa estatal y federal que la escuela de su hijo (a) puede calificar, complete, firme y devuelva esta solicitud a la de su hijo.

Vigente desde el 1 de Julio del 2021 hasta el 30 de Junio del 2022

Household	Total Income									
	Annual		Monthly		Twice Per Month		Every Two Weeks		Weekly	
No. of Household Members	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$16,744	\$23,828	\$1,396	\$1,986	\$698	\$993	\$644	\$917	\$322	\$459
2	\$22,646	\$32,227	\$1,888	\$2,686	\$944	\$1,343	\$871	\$1,240	\$436	\$620
3	\$28,548	\$40,626	\$2,379	\$3,386	\$1,190	\$1,693	\$1,098	\$1,563	\$549	\$782
4	\$34,450	\$49,025	\$2,871	\$4,086	\$1,436	\$2,043	\$1,325	\$1,886	\$663	\$943
5	\$40,352	\$57,424	\$3,363	\$4,786	\$1,682	\$2,393	\$1,552	\$2,209	\$776	\$1,105
6	\$46,254	\$65,823	\$3,855	\$5,486	\$1,928	\$2,743	\$1,779	\$2,532	\$890	\$1,266
7	\$52,156	\$74,222	\$4,347	\$6,186	\$2,174	\$3,093	\$2,006	\$2,855	\$1,003	\$1,428
8	\$58,058	\$82,621	\$4,839	\$6,886	\$2,420	\$3,443	\$2,233	\$3,178	\$1,117	\$1,589
For each additional family member, add	\$5,902	\$8,399	\$492	\$700	\$246	\$350	\$227	\$324	\$114	\$162

These guidelines are based on 130% (free) and 185% (reduced) of the federal poverty guidelines and are effective July 1, 2021-June 30, 2022.

Estos lineamientos se basan en el 130% (gratuito) y el 185% (reducido) de los lineamientos federales de pobreza y entran en vigencia desde el 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022.

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, anteriormente cupones de alimentos) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas), proporcione el nombre y el número válido de SNAP o TANF para la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, comience con la Sección 1.

Nombre: _____ Válido SNAP o TANF #: _____

INSTRUCCIONES: Complete esta encuesta y regrese a la escuela de su hijo

Estas selecciones deben ser completadas por el jefe de familia o su designado

- Numero de miembros** de hogar- Indique el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños: _____
- INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**- completa para cada alumno de Pre-K y 6- 12 grado matriculado como **Sanchez Charter School**.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento MM-DD-YY	Grado en la escuela Sanchez Charter School
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Si necesita líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como Página 3.

- INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR** - Ingresos del informe para todos los miembros del hogar excluyendo a los niños de crianza. Si ha informado un número de SNAP o TANF arriba, no necesita completar esta sección; pasar a la sección 4

Tipo de Ingreso	Ingreso	Circule si sin ingresos
1. Ganancias mensuales, salarios, salario, comisiones	\$	Ninguna
2. Pagos mensuales de bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguna
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguridad social	\$	Ninguna
4. Dividendos mensuales o intereses en cuenta de ahorros	\$	Ninguna
5. Compensación laboral mensual, desempleo, beneficio de huelga	\$	Ninguna
6. Otro ingreso mensual (SSI, VA, discapacidad, granja, otro)	\$	Ninguna
Ingreso Total Mensual del Hogar (Agregue las líneas 1-6)	\$	

- FIRMA:** si se completa la sección de ingresos, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro (4) dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla "No tengo un número de seguro social" a continuación.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela será elegible para ciertos fondos federales y / o estatales basados en la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mi hijo puede perder beneficios y es posible que me procesen.

Firme Aquí: X _____ Imprimir Nombre: _____
 Fecha _____

Los (4) ultimos numeros de seguro social de adulto: XX-XX- _____ No tengo seguro social

Direccion _____ City _____ Zip Code _____

Telefono de Hogar	Telefono del Trabajo	Correo Electronico
		Al compartir su dirección de correo electrónico, el distrito puede contactarlo por correo electrónico

For Office Use Only:

Date Received: _____ Reviewed by: _____

Circle One Reviewed by: QUALIFIES – FREE QUALIFIES- REDUCED **DOES NOT QUALIFY**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN (OR STUDENT IF GRADES 9-12): The state of Texas requires that the following information be completed for each student that enrolls for the first time in Texas public Schools. This survey shall be kept in each student's record folder.

Name of Student	Grade	
Address	Telephone #	
1. What language is spoken in your home most of the time?	_____	
2. What language does your child (student) speak most of the time?	_____	
Parent's / Guardian Signature	Student's Signature if Grades 9-12	Date

Cuestionario del idioma que se habla en el hogar

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL: (O POR EL ESTUDIANTE SI ESTA EN LOS GRADOS 9-12): El Estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Este cuestionario se archivará en el expediente del estudiante.

Nombre del Estudiante	Grado	
Dirección	Teléfono	
1. ¿Qué idioma se habla en su hogar la mayoría del tiempo?	_____	
2. ¿Qué idioma habla su hijo la mayoría del tiempo?	_____	
Firma del Padre/Madre/ o Representante Legal	Firma del estudiante si está en los grados 9-12	Fecha



**Cuestionario Del Idioma
2021-2022**
Texas Education Agency Bilingual/ESL Unit
19TAC Chapter 89, Subchapter BB 89.1215

Name of Student	Grade	Country of Birth
1. Has your child (student) lived outside the U.S. for two or more consecutive years?		Yes: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
-If "Yes" indicate when: (from month/year to month/year)		From: ___/___ To: ___/___
2. When your child lived outside the U.S., did he or she attend school regularly?		Yes: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
-If "No" Please specify grade and time period, including month and year. (example: 2nd, Jan/2010 to May/2010)		Grade: _____ From: ___/___ To: ___/___
3. How many years has your child (student) attended school in the U.S.? (Circle one) -If your answer is "0=Zero" Please specify number of Months: _____		0=Zero 1=One 2=Two 3=Three 4=Four 5=Five 6= Six or more
4. When did your child (student) first enter a school in the U.S.?		Year: _____ Grade: _____

Parent's / Guardian Signature	Student's Signature if Grades 9-12	Date

Nombre del Estudiante	Grado	Pais de Nacimiento
1. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por dos o más años consecutivos?		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
-Si usted marco "Sí", indique el período de tiempo: (desde mes/año hasta mes/año)		De: ___/___ A: ___/___
2. Cuando su hijo/a vivía fuera de los Estados Unidos, ¿Asistió con regularidad a la escuela?		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
-Si marco "No" Especifique el grado y el período en que su hijo/a no asistió a la escuela, incluyendo el mes y el año. (Por ejemplo: 2do. de Ene/2010 a Mayo/2010)		Grado: _____ De: ___/___ A: ___/___
3. ¿Cuántos años ha asistido su hijo/a (estudiante) a una escuela en los Estados Unidos? Circule uno. Si su respuesta es "0=Cero" Especifique el número de meses: _____		0=Cero 1=Uno 2=Dos 3=Tres 4=Cuatro 5=Cinco 6= Seis ó más
4. ¿Cuándo entró su hijo/a (estudiante) por primera vez a una escuela en los Estados Unidos?		Año: _____ Grado: _____

Firma del Padre ó Guardián	Firma del estudiante si está en los Grados 9-12	Fecha