



## **Premier Learning Academy**

“It takes a village to raise a child”

( “Se necesita una aldea para criar un niño”)

Please note that Premier Learning Academy follows the Cobb County School Calendar

(Por favor, tenga en cuenta que esta escuela sigue el calendario del condado Cobb)

**Pre-K Hours (Las horas de Preescolar): 7:50-2:30 pm**

### **School Supply List (Lista de útiles escolar)**

- 8 count jumbo crayons (Crayones jumbo de colores-8 conteo)
- 1 pack of washable markers (1 paquete de marcadores lavables)
- 1 box of jumbo pencils (1 caja de lapices jumbo)
- 1 bottle of glue or glue sticks (1 botella de pegamento o pegamento en barras)
- Complete changes of clothes to leave at school
- Blanket for rest time
- Labeled water bottle (botella de agua labled)
- 1 box of facial tissue (1 caja de faciales)
- 1 box of quart size Ziploc bags (1 caja de cuatro de gallon tamaño de Ziploc)
- 1 box of snack size Ziploc bags (1 caja de tamaño bocado de Ziploc)
- Box of Clorox Wipes (1 caja de toallitas Clorox)
- 1 bottle of liquid hand soap (1 botella de jabon liquid para manos)
- 1 roll of paper towels (1 rollo de toallas de papel)
- 1 box of baby wipes (1 caja de toallitas para bebe)
- Family Pictures (Foto de familia)
- Baby Picture (Foto de bebe)

**\*\* Please bring all these items within in two weeks \*\***

**\*\* (Por favor, traigan todos estos articulos en dos semanas) \*\***

### **School Uniform (Uniforme Escolar):**

- Red polo shirt (Camisa roja)
- Black or navy-blue pants or skirts (Pantalones azules o negro o pantalones cortos)
- Closed toe shoes (Zapatos cerrados)



## **Premier Learning Academy**

“It takes a village to raise a child”

### **Georgia Pre-K Checklist (Georgia Pre-K Lista de verificación)**

- Immunization Certificate # 3231 (Certificado de Vacunación)
- Certified Birth Certificate (Acta de Nacimiento Certificada)
- Ear, Eye, Dental, and Nutrition Form (Formulario de examen de oídos, ojos, dental y nutrición)
- Social Security Card (Tarjeta de Seguro Social)
- Medical Card (Tarjeta Médica)
- Lease or Utility Bill (Contrato de arrendamiento o factura de servicios públicos)
- Special Needs/Medical Documentation (Necesidades Especiales o Documentación Médica)
- Custody Documents (Documentos de Custodia)
- Pre-K Enrollment Application (Pre-K Solicitud de Inscripción)
- Roster Form (Lista Formulario)
- Vehicle Emergency Form (Vehículos de Emergencia Forma)
- Premier’s Policy & Procedures (Premier Políticas y Precedimientos)
- Food Program (Programa de Alimentos)



MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): ( )AMBOS PADRES ( )MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): ( )AMBOS PADRES ( )MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ( )

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuída a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), \_\_\_\_\_, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : \_\_\_\_\_

Firma (Padre/Guardián) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

## Acuerdo entre los Padres y la Guardería

\_\_\_\_\_  
(nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

\_\_\_\_\_ los días  
(nombre del niño(a))

\_\_\_\_\_, desde las \_\_\_\_\_ AM  
(días de la semana)

hasta las \_\_\_\_\_ P.M., y desde el mes de \_\_\_\_\_ al mes de

\_\_\_\_\_.

Mi niño(a) participará en el siguiente plan de alimentación (circule todos los que apliquen):

Desayuno			Merienda en La mañana			Almuerzo			Merienda en la tarde
	Merienda en la noche			Cena				Merienda antes de acostarse	
<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"/>

Antes de dar algún medicamento a mi niño(a), yo traeré una autorización escrita, que incluya la fecha, el nombre del niño(a), el nombre del medicamento, el número de la receta (si lo tiene), la dosis y la fecha y hora en que éste debe dársele al niño(a). El medicamento estará en el envase original, marcado con el nombre de mi niño(a).

No se le permitirá a mi niño(a) entrar o salir de la guardería sin los padres, personas autorizadas por los padre(s), o personal de la guardería.

Reconozco que soy responsable de mantener los documentos de mi niño(a) al día, y de comunicar cualquier cambio significativo cuando éste ocurra, (por ejemplo, números de teléfono, sitio de trabajo, contactos de emergencia, médico del niño(a), estado de salud del niño(a), planes de alimentación, documentos de vacunas, etc.).

La guardería está de acuerdo en mantenerme informado(a) de cualquier incidente que afecte a mi niño(a), incluyendo enfermedades, heridas, reacciones adversas a un medicamento, etc.

\_\_\_\_\_  
(nombre de la guardería)

está de acuerdo en obtener mi autorización escrita antes de que mi niño(a) participe en transporte de rutina, viajes educativos, actividades especiales fuera de la guardería y actividades que ocurran en agua de más de dos (2) pies de profundidad.

Autorizo a la guardería a obtener cuidado médico de emergencia para mi niño(a) cuando yo no esté disponible.

He recibido una copia y estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos de la guardería.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Administrador(a) de la Guardería /Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario debe completarse después de que comiencen las clases, no en el momento de la inscripción. **Escriba claramente** el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento

<b>Fecha de hoy (M/D/A):</b>		
<b>INFORMACIÓN DEL NIÑO:</b>		
Apellido legal:		Sufijo de nombre (Jr, II, III):
Primer nombre legal:		
Segundo nombre legal:		
Número de seguro social del niño:	Fecha de nacimiento (M/D/A):	Género [ ] M [ ] F
Fecha de inscripción en Pre-K (M/D/A):		
Si es diferente al acta de nacimiento, el nombre como se llama al estudiante:		
<b>INFORMACIÓN DE GUARDIÁN:</b>		
APELLIDO LEGAL:	PRIMER NOMBRE Legal:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
RELACIÓN: Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelo(a) <input type="checkbox"/>
Guardian <input type="checkbox"/>		

1. ¿Es Ud. **Hispano/Latino o de Origen Hispano**, sin importar la raza?

**Si**       **No**

Prefiero no contestar

Por favor seleccione **UNA O MÁS** de las siguientes razas independientemente de cómo haya respondido a la pregunta uno. (TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo hayan contestado la primera pregunta.)

2. Su hijo es:

- a. Blanco:** una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- b. Asiático:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- c. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- d. Negro o afroamericano:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- e. Indio americano o nativo de Alaska:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur, incluida América Central, que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- f. Prefiero no contestar**

3. ¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?

- Inglés
- Un idioma diferente al Inglés

4. ¿Nació tu hijo(a) como:

- Un sólo niño (1)
- De mellizos (2)
- De trillizos (3)
- De cuatrillizos (4)
- De quintuples (5)

5. ¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)?

**Si**       **No**

6. ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?

- Programa de subsidio de cuidado infantil (CAPS)
- Cupones de Alimentos (Food Stamps)
- SSI
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- Medicaid

7. ¿El centro de prekínder proporcionará transporte para su hijo?

Si       No

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN)

Fecha

## **Premier Learning Academy Policy & Procedures**

Premier Learning Academy is dedicated to providing quality childcare for your children. The Center serves children six (6) weeks through five (5) years in a full day. We serve children five (5) through twelve (12) years old in the Holiday Care. Summer Camp Programs and in the before and after school care.

1. Premier Learning Academy will be open from **7:00 to 5:00 p.m.** Monday through Friday, January through December. A fee of \$1.00 per 1 minute will be charged for children picked up after 5:00 p.m. The fee is due and payable in cash at the time the child/children is picked up.
2. The Center is closed for the following holidays, New Year's, MLK Day, Memorial Day, July 4<sup>th</sup>, Thanksgiving, Christmas, and occasionally for severe weather. Full tuition is charged for these weeks.
3. Registration fees are due at the time of application. No child can be placed into a program or onto a waiting list without paid registration. In order to assure proper placement for your child, registration fees are due annually.
4. Tuition payments for the program you have selected are due in advance on Monday of each week. Families for whom payments are received after 6:30 p.m. on Tuesday will be charged a late payment fee of \$30.00.
5. We offer of 10% discount for each additional child enrolled in our program from the same facility.
6. A supplementary fee of **\$75.00** per day is charged for school-aged children when they are at the Center due to snow days, teacher in-service days, and any other single school holiday.
7. There is a \$35.00 charge for each returned check. Cash or money orders will be accepted as a replacement form of payment. Two returned checks will result in your account being placed on a "cash only" status.
8. **A one-week notice of disenrollment is required.** Anytime a child is disenrolled, his or her place may be filled by someone on the waiting list. In order for him or her to be re-enrolled and an opening will have to be available. A new application must also be submitted accompanied by the required registration fee. Premier learning Academy has the right to disenroll any child after a conference, two written warnings, and one week's formal notice. Parent's failure to abide by the centrist policies may also result in disenrollment.
9. The full weekly fee will still be charged for any child present at Premier Learning Academy even if your child/children did not stay for the whole week.
10. In accordance with the state of Georgia licensing regulations for each childcare service, we must have a completed set of Immunization Records and Emergency Cards prior to enrollment. These forms will be provided to you.

In order to protect all children enrolled in the center, your child must be kept home if he/she exhibits any of the following symptoms:

- An oral temperature of over 100 degrees



- Intestinal disturbance accompanied by diarrhea vomiting
- Any undiagnosed rash
- Sore or discharging eyes or ears profuse nasal discharge

If your child develops any of the symptoms above while at the Center, we will contact you to arrange for pick up. This is necessary in order to curtail the spread of infection within the center.

If a child has been exposed to a contagious disease, he/she should be kept at home and the facts of his/her condition should be reported to the Center. Strep throat, pinworms, viral infections, infected ears or glands, measles, mumps, chickenpox, scarlet fever, etc. are among those conditions categorized as “highly contagious”. Before a child can return to the center, a physician’s release **note** is required indicating that the child is free of the disease.

11. Premier learning Academy will meet your child's nutritional needs for the part of the day in which he or she spends the in the center by providing breakfast snack (which ends daily at a dedicated time), a well-balanced lunch, and an afternoon snack. No food from the outside should be brought into the center except for special occasions, special diets, etc. These expectations should be cleared by the center director there will be a quiet time each afternoon for all children. Depending on their age, children are expected to rest quietly or engage in quiet activities allowing those who need to sleep an opportunity to do so. In order for your child's rest time to be as pleasant as possible, parents need to provide two small blankets.
12. Parents and guardians are responsible for escorting their child/children to and from school.
13. Please dress your child and comfortable, washable, play clothes. Children’s garments should be clearly marked with their child's full name. A complete set of extra clothes should be available in your child's cubby. We also ask that you anticipate weather conditions and dress your child accordingly. Shoes should be worn at all times.
14. The use of corporal punishment to discipline is NEVER permitted at any time at Premier Learning Academy. Should disciplinary measures be called for, positive reinforcement and or time out from activities (other than rest, toileting, and food), will be used. Good communication between parents and Premier Learning Academy is always best for the family and the center.
15. The State of Georgia requires that all members of daycare institutions report known or suspected child abuse or neglect. Premier Learning Academy, therefore, is obligated to report to the state any suspected or known case of child abuse or neglect.
16. Absolutely no smoking is allowed on the premises or on the school bus by anyone including staff, parents, and children.
17. In case of snow, Premier Learning Academy follows the schedule of the Cobb County Public Schools or tune in to the WSB-TV Storm watch. If bad weather develops during the day, please make arrangements to leave work early. We do not want children and staff members stranded at the center. If we call you during the day

to say that the center is closing early due to serious weather conditions, you need to pick up your child by the designated time.

Please refer to the bulletin board located in the front of the center in the lobby area for specific procedures in regard to:

- Emergency release in the event of a medical emergency.
- Emergency procedures for the protection of children in the event of severe weather fire or a physical problem
- Guidance and discipline techniques
- License copy of rules communicable disease chart
- statement of parental access names of the person in charge current weekly menu and statement for visitors.

18. For inclement weather, school Closings will be announced on Channel 2.

19. In case of emergency and it becomes necessary to evacuate the Center, children will be moved to the **Super 8 Motel** until the emergency passed.

20. Please advise the center of any changes in address or telephone numbers immediately as they are now.

This will allow the center to reach you in case of an emergency.

Divorce records: divorced parents are required to provide a copy of custody papers to be kept in these child's files at the time of enrollment. Should divorce occur during enrollment, a copy of custody papers needs to be filled out immediately with the Center. If the former spouse is not authorized to pick up or otherwise or restricted from having contact with the child you, are required to make this information known in writing to the Center's director. If you have any questions or concerns, feel please feel free to contact the Center.

We sincerely thank you for entrusting your child with us.

As of \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ your child \_\_\_\_\_ is now formally enrolled at Premier Learning Academy/ Georgia Pre-K Program at a weekly tuition rate of \_\_\_\_\_.

I have read and agreed to the policies and tuition agreement for learning.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Center Director

\_\_\_\_\_  
Date

**Premier Learning Academy**  
Vehicle Emergency Medical Information

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Father's Name:** \_\_\_\_\_

**Work Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_

**Mother's Name:** \_\_\_\_\_

**Work Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Child's Doctor:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

Medical Facility Premier Learning Academy uses WellStar Cobb Hospital \_\_\_\_\_.

Address of Medical Facility: 3950 Austell Rd SW, Austell, GA 30106 \_\_\_\_\_.

**Child's Current Allergies:** \_\_\_\_\_

**Current prescribed medications:** \_\_\_\_\_

**Child's special needs/conditions:** \_\_\_\_\_

In the event of an emergency involving my child, and **Premier Learning Academy** cannot get in touch with me, I hereby authorize any needed emergency medical care. I further agree to be fully responsible for all medical expenses incurred during the treatment of my child.

**Child's Name:** \_\_\_\_\_

**Signature (Parent/Guardian):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Witnessed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Authorization to Dispense External Preparations

**590-1-1-.20(1)**

Parental Authorization. Except for first aid, personnel shall not dispense prescription or non-prescription medications to a child without specific written authorization from the child's physician or parent. Such authorization will include, when applicable, date; full name of the child; name of the medication; prescription number, if any; dosage; the dates to be given; the time of day to be dispensed; and signature of parent.

I give \_\_\_\_\_, permission to apply one or more of the following topical ointments/preparations to my child in accordance with the directions on the label of the container.

\_\_\_\_\_ Baby Wipes

\_\_\_\_\_ Band-aids

\_\_\_\_\_ Neosporin or similar ointment

\_\_\_\_\_ Bactine or similar first aid spray

\_\_\_\_\_ Sunscreen

\_\_\_\_\_ Insect Repellent

\_\_\_\_\_ Non-Prescription ointment (such as A & D, Desitin, Vaseline)

\_\_\_\_\_ Baby Powder

Other (please specify) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date

\*center should maintain in child's file



# B

Nombre del Centro de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

## DECLARACION DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP

PARTE I: Niño/niños o adultos matriculados para recibir guardería		Fecha de Nacimiento (Opcional) MM/DD/YY	Número de caso de cupones de alimento, TANF, o FDPIR, o número de identificación solamente para los niños. Todo lo anterior, o número de caso de SSI o Medicaid para adultos. <b>Nota: No utilice los números de EBT. Escriba el número de caso y proceda a la parte III</b>	Los niños en Head Start, los hogares de acogida y los niños que cumplen con la definición de migrantes, fugitivos y personas sin hogar son elegibles para comidas gratuitas. Marque (✓) todo lo que corresponda. (Ver definiciones en las preguntas frecuentes)				
Nombre: (Apellido, Primer Nombre y Inicial):				Head Start	Hijo Adoptivo	Trabajador migrante	juventud fugitiva	Sin hogar
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE II: Informe de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si el participante es categóricamente elegible según lo documentado en la Parte I). ¿No está seguro de qué ingreso incluir aquí? Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.**

**A. Ingresos de niños:** A veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Indique el ingreso TOTAL recibido por los miembros del hogar del niño enumerados en la PARTE I aquí Todos los ingresos de los niños / Con qué frecuencia  
\$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**B. Otros miembros del hogar.** Haga una lista de todos los miembros de la familia inclusive si no reciben ingresos. También enumere a los adultos que participen aunque él/ella no cumplan con la elegibilidad que figura en la Parte 1. Para cada miembro del grupo familiar enumerado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa "0" o deja un campo en blanco, está certificando (prometedor) que no hay ingresos para informar.

Nombre de otros miembros del hogar (Primer y Apellido)	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones / Con qué frecuencia	2. Asistencia de beneficios sociales, el apoyo a los niños, pensión alimenticia / Con qué frecuencia	3. Seguro Social, pensiones, jubilación	4. Todos los demás ingresos/ Con qué frecuencia
(Por ejemplo) Jane Smith	\$ 200/sema	\$ 150/dos veces al mes	\$ 100/mes	\$ ____/____
1. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
2. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
3. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
4. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
5. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**C. Total de miembros del hogar (adultos y niños) enumerados en la Parte I y en la Parte II \_\_\_\_\_**

**D. Número de Seguro Social.** Si los ingresos se enumeran o se completan en la Parte II, el adulto que completa el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" a continuación. (Lee la Declaración de la Ley de Privacidad en la página siguiente). Si no se completa esta sección, si los ingresos aparecen en la lista, se negará la elegibilidad gratuita o reducida.

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social XXX-XX  Yo no tengo número de seguro social.

**PARTE III: Información de inscripción: solo niños**

Mi hijo está normalmente presente en la guardería infantil en el horario de \_\_\_\_\_ [am/pm] a \_\_\_\_\_ [am/pm].  (✓) Marque aquí si sólo cuidado antes / después de la escuela está previsto

Haga un círculo alrededor de los días en que su hijo normalmente asistirá al centro: **domingo**  **lunes**  **martes**  **miércoles**  **jueves**  **viernes**  **sábado**

Haga un círculo alrededor de las comidas que su hijo normalmente recibirá mientras esté bajo cuidado: **Desayuno**  **AM Merienda**  **Almuerzo**  **PM Merienda**  **Cena**  **Merienda (Tarde)**

**PARTE IV: Firma**

*Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que el centro de cuidado infantil o proveedor de cuidado infantil en el hogar recibirán fondos Federales basado en la información que doy. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, los participantes recibiendo las comidas pueden perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Esta firma también reconoce que el niño (s) que aparece en el formulario de la Parte I están inscritos para recibir cuidado infantil. Si no se completa y se firma, el participante será colocado en la categoría de pago.*

Firma aquí: **X** \_\_\_\_\_ Nombre con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARTE V: Las identidades étnicas y raciales del participante (opcional)**

Marque (✓) una identidad étnica:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Marque (✓) una o más identidades raciales:  Asiático  Blanco  Negro o Afro Americano  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o otras del Pacífico

**Sección de uso exclusivo para el personal de QCC: Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a month x 24, Monthly x 12**

(A) Total income: \_\_\_\_\_ per  Week  Every 2 weeks  Twice a month  Year

(B) Household Size: \_\_\_\_\_ (C) Categorical Eligibility:  (Check if applicable) (D) Eligibility:  Free  Reduced  Paid

(E) Day Care Homes Only: Check one  Tier I  Tier II (F) Time Period: \_\_\_\_\_

**When more than one person is performing CACFP duties, there must be at least two signatures on this form: one signature from the Determining Official (the official who determined initial income classification) and one signature from the Confirming Official (the official who verified the form's accuracy).**

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Follow Up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_