

INSCRIPCIÓN EN PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL

Child Care Enrollment

Uso del formulario: El uso de este formulario es obligatorio para los Centros de Cuidado Infantil Familiar para cumplir con DCF 250.04(6)(a)1. El incumplimiento puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. Este formulario también puede ser usado por los Centros Grupales de Cuidado Infantil y por los Campamentos de Día para cumplir con DCF 251.04(6)(a)1. y DCF 252.41(4)(a)1. respectivamente. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre/madre / tutor debe llenar el formulario por completo, firmarlo y presentarlo al centro antes del primer día de asistencia del niño. La información de este formulario se debe mantener actualizada. Cuando se inscriba a un niño de menos de dos años de edad, también debe haber un formulario *Intake for Child Under 2 Years* completo en el legajo antes del primer día de asistencia del niño.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre - (Apellido, nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Primer día de asistencia
--	----------------------------------	--------------------------

PADRE/MADRE O TUTOR – Se permite a todos los padres/madres / tutores visitar durante las horas operativas del centro y se les permite recoger al niño a menos que el acceso esté restringido o prohibido por una orden judicial. Adjunte orden judicial, de existir. Si el niño reside en varios lugares, el departamento recomienda que el proveedor obtenga y adjunte un cronograma.

a. Nombre y relación con el niño

Teléfono de la casa / celular	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa
-------------------------------	---

Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)

¿El niño reside en este lugar?
☐ Sí ☐ No

Lugar de empleo y teléfono laboral

b. Nombre y relación con el niño

Teléfono de la casa / celular	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa
-------------------------------	---

Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)

¿El niño reside en este lugar?
☐ Sí ☐ No

Lugar de empleo y teléfono laboral

PERSONAS AUTORIZADAS – Personas distintas a los padres / tutores que están autorizadas para recoger al niño o aceptar al niño si alguien lo deja. Si es nadie, escriba "Nadie".

a. Nombre y relación con el niño

Teléfono de la casa / celular	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral
-------------------------------	---	------------------------------------

b. Nombre y relación con el niño

Teléfono de la casa / celular	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral
-------------------------------	---	------------------------------------

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – La persona a quien se debe notificar en una emergencia cuando no se puede establecer contacto con los padres / tutores.

☐ Sí ☐ No Se autoriza a esta persona a recoger al niño.

Nombre y relación con el niño

Teléfono de la casa / celular	Correo electrónico al que se lo pueda ubicar mientras el niño esté en el programa	Lugar de empleo y teléfono laboral
-------------------------------	---	------------------------------------

MÉDICO O ESTABLECIMIENTO MÉDICO

Nombre

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono

AUTORIZACIONES

☐ Sí ☐ No Por el presente presto mi consentimiento para que se proporcione tratamiento o atención médica de emergencia sólo si no se pueden comunicar conmigo inmediatamente.

☐ Sí ☐ No Tuve la oportunidad de revisar las políticas del centro de cuidado infantil y un resumen de las Normas de Licenciamiento de Centros de Cuidado Infantil de Wisconsin.

☐ Sí ☐ No Doy permiso para que mi hijo participe de ☐ sea transportado ☐ vaya a excursiones caminando y haga otras actividades durante las horas de operación.

☐ Sí ☐ No Me han informado la cantidad de mascotas que hay en el centro y su grado de contacto con los niños inscritos. Nota: Si se agregan mascotas después de haber inscrito a un niño, se notificará a los padres por escrito antes de agregar la mascota al centro.

FIRMA – Padre/Madre o Tutor

Fecha de la firma

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

HEALTH HISTORY AND EMERGENCY CARE PLAN

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio para los centros de cuidado infantil familiares y grupales y para los campamentos de día de modo de cumplir con DCF 250.04(6)(a)1. y 250.07(6)(L)5., DCF 251.04(6)(a)6. y 251.07(6)(k)5., y DCF 252.44(6)(g) de los Wisconsin Administrative Codes. El incumplimiento puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione se puede usar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre / tutor debe completar este formulario para que se coloque en el legajo del niño antes de su primer día de asistencia. La información incluida en este formulario se compartirá con cualquier persona que cuide al niño. El departamento recomienda que los padres / tutores y el personal del centro revisen y actualicen la información proporcionada en el formulario periódicamente.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) Dirección – Casa (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Fecha – Primer día de asistencia (mm/dd/aaaa)

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Proporcione información sobre dónde se puede ubicar a los padre(s) / tutor(es) mientras el niño esté en el programa de cuidado infantil.

Nombre Teléfono – Particular Teléfono – Laboral Teléfono – Celular

Nombre Teléfono – Particular Teléfono – Laboral Teléfono – Celular

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / CONSULTORIO MÉDICO

Nombre – Médico Dirección – Consultorio médico Telephone Number

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE PROTECTOR SOLAR / REPELENTE DE INSECTOS Si es proporcionado por los padres, el protector solar o el repelente de insectos debe tener una etiqueta con el nombre del niño. Según DCF 251.07(6)(f)2., las autorizaciones deben revisarse cada 6 meses y actualizarse según sea necesario. Según DCF 250.07(6)(f)2.a., las autorizaciones deben revisarse periódicamente y actualizarse según sea necesario.

☐ Sí ☐ No Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo. Nombre de la marca Fuerza de los ingredientes

☐ Sí ☐ No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga protector solar solo. Nombre de la marca Fuerza de los ingredientes

☐ Sí ☐ No Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo. Nombre de la marca Fuerza de los ingredientes

☐ Sí ☐ No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga repelente solo. Nombre de la marca Fuerza de los ingredientes

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Si está disponible, adjunte toda información sobre el plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. del niño.

1. Marque toda condición médica especial que tenga su hijo.

☐ Ninguna condición médica específica

☐ Asma ☐ Diabetes

☐ Parálisis cerebral / trastorno motriz ☐ Epilepsia /convulsiones ☐ Inquietudes gastrointestinales o de alimentación incluidas dietas especiales y suplementos

☐ Otras condiciones que requieran atención especial – Especifique. ☐ Cualquier trastorno incluida la discapacidad cognitiva, LD, ADD, ADHD, o Autismo

☐ Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración de un profesional médico que indique la alternativa aceptable.

☐ Alergias a alimentos – Especifique los alimentos.

☐ Alergias a no alimentos – Especifique.

2. Disparadores que pueden causar problemas – Especifique.

3. Señales o síntomas que hay que observar – Especifique.

4. Pasos que debería seguir el proveedor de cuidado infantil. Si es necesario administrar medicamentos recetados o no recetados, se debe adjuntar una copia de la Autorización para Administrar Medicamentos (*Authorization to Administer Medication*) a este formulario. Nota: los centros de cuidado infantil grupales y los campamentos de día pueden usar sus propios formularios.

5. Identifique a cualquier personal del programa de cuidado infantil a quien ha proporcionado capacitación / instrucciones especializadas para ayudar a tratar los síntomas.
a.
b.
c.

6. Cuándo llamar a los padres con respecto a los síntomas o sobre la no respuesta al tratamiento.

7. Cuándo considerar que la condición requiere atención médica de emergencia o una reevaluación.

8. Información adicional que pueda ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

FIRMA – Padre o tutor

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Fechas de
revisión:

REGISTRO DE INMUNIZACIONES
PARA GUARDERÍA INFANTIL

COMPLETE Y DEVUELVA A LA GUARDERÍA INFANTIL. La ley estatal requiere que todos los niños que van a guarderías infantiles presenten evidencia de sus inmunizaciones contra algunas enfermedades dentro de 30 días escolares de ser admitidos. Estos requisitos pueden ser eliminados sólo si se presenta a la guardería una declaración de renuncia por motivos de salud, religiosos o creencias personales. Vea "Renuncia" más abajo. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o cómo llenar esta forma comuníquese con la guardería de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

PASO 1	Apellido, nombre, inicial del niño	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	No. de teléfono
	Apellido, nombre, inicial del padre o madre/ tutor/ persona con custodia legal	Dirección, calle, apartamento ciudad, estado, código	

HISTORIA DE VACUNAS

PASO 2	Anote el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE EL SIGNO (✓) o (X), excepto para indicar si el niño tuvo varicela. Si usted no tiene un registro de vacunas de este niño, comuníquese con el médico o con la agencia de salud pública para obtener las fechas.					
	TIPO DE VACUNA	Primera dosis Mes/Día/Año	Segunda dosis Mes/Día/Año	Tercera dosis Mes/Día/Año	Cuarta dosis Mes/Día/Año	Quinta dosis Mes/Día/Año
	Difteria, Tétano, tos ferina (especifique DTP, DTaP, o DT)					
	Polio					
	Hib (Influencia hemofilus Tipo B)					
	Vacuna Antineumocócica Conjugada (PCV)					
	Hepatitis B					
	Sarampión- Paperas- Rubéola (MMR)					
	Varicela (viruela loca). Esta vacuna se necesita sólo si el niño ha tenido la varicela					
	¿Ha tenido el niño la varicela? Marque el cuadro adecuado y anote el año si lo sabe. ☐ Sí, año _____ (no necesita la vacuna) ☐ No, no tengo seguridad (necesita la vacuna)					

REQUISITOS

PASO 3	Las siguientes son las vacunas mínimas requeridas de su hijo según su edad o grado en la escuela. Todos los niños dentro de esta categoría deben cumplir con estos requisitos. Los niños que cumplen año o cambian de nivel mientras asisten a la guardería deben poner al día su registro con las fechas de las dosis adicionales requeridas.							
	EDAD	NÚMERO DE DOSIS						
	5 meses a 15 meses	2 DTP/DTaP/DT	2 Polio	2 Hib	2 PCV	2 Hep B		
	16 meses a 23 meses	3 DTP/DTaP/DT	2 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	2 Hep B	1 MMR ³	
	2 años a 4 años	4 DTP/DTaP/DT	3 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	3 Hep B	1 MMR ³	1 Varicela
	Al entrar a Kindergarten	4 DTP/DTaP/DT ⁴	4 Polio			3 Hep B	2 MMR ³	2 Varicela
	¹ Si el niño comenzó la serie de vacunas Hib a los 12-14 meses de edad, sólo se requieren 2 dosis. Si el niño recibió una dosis de Hib a los 15 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales. Se debe recibir un mínimo de una dosis después de los 12 meses de edad (Nota: una dosis 4 días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable). ² Si el niño comenzó la serie de vacunas PCV a los 12-23 meses de edad, sólo se requieren 2 dosis. Si el niño recibió la primera dosis de PCV a los 24 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales. ³ La vacuna triple viral (MMR) debe haberse recibido en el primer cumpleaños o después (Nota: una dosis 4 días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable). ⁴ Los niños que entran al kinder deben haber recibido una dosis después del cuarto cumpleaños (ya sea la 3 ^{ra} , 4 ^a o 5 ^{ta}) para estar en cumplimiento (Nota: una dosis 4 días o menos antes del cuarto cumpleaños también es aceptable).							

FECHAS DE CUMPLIMIENTO Y RENUNCIAS

PASO 4	SI SU HIJO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS (firme en el PASO 5 y entregue este formulario a la guardería infantil)
	O SI SU HIJO NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS, (marque la casilla adecuada, firme y entregue este formulario a la guardería infantil). ☐ Aunque mi hijo no ha recibido todas las dosis de las vacunas requeridas para su edad, ha recibido por lo menos la primera dosis de cada vacuna. Entiendo que es mi responsabilidad obtener el resto de las dosis de las vacunas requeridas para mi hijo DENTRO DE UN AÑO y que debo notificar por escrito a la guardería infantil a medida que recibe cada dosis. NOTA: Si no cumple con el programa o no reporta las vacunas a la guardería infantil, los padres podrán recibir una orden judicial y una multa de hasta \$25 dólares por cada día de incumplimiento. ☐ Por razones de salud este niño no recibirá las siguientes vacunas _____ (anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido) Firma del médico _____ ☐ Por razones religiosas este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido) ☐ Por razones personales este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

FIRMA

PASO 5	Este formulario se ha completado en forma precisa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.	
	Firma del Padre o Madre, Tutor, o Persona con Custodia Legal	Fecha firma

CHILD HEALTH REPORT – CHILD CARE CENTERS

Use of form: Use of this form is voluntary; however, completion of this form meets the requirements of DCF 202.08(4), DCF 250.04(6)(a)4, and DCF 251.04(6)(a)8. Failure to comply with these rules may result in issuance of a noncompliance statement. Personal information you provide may be used for secondary purposes [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instructions: Each child under 2 years of age shall have an initial health examination not more than 6 months prior to nor later than 3 months after being admitted to the center and a follow-up health examination at least once every 6 months thereafter. Each child 2 years of age but who is not 5 years of age or older shall have an initial health examination not more than one year prior to nor later than 3 months after being admitted to a center and a follow-up health examination at least once every 2 years thereafter. The parent / guardian shall give this form to the physician, physician assistant, or other HealthCheck provider to be completed, signed, and dated. The licensee / operator shall obtain a copy for the child's record. Note: Children are also required to have on file at the child care center documentation of immunizations; it may be helpful if the parent / guardian includes a copy of the child's immunization record when submitting this form to the child care center.

PARENT OR GUARDIAN – This section should be completed by the parent or guardian

Child's Name (Last, First, MI)

Child's Birthdate (mm/dd/yyyy)

Child's Address (Street, City, State, Zip Code)

Parent or Guardian Name (Last, First, MI)

Parent or Guardian Address (Street, City, State, Zip Code)

HEALTH PROFESSIONAL – This section should be completed by the health professional

Instructions for feeding and care of child with special health concerns – Specify: (attach information as necessary).

☐ Yes ☐ No Does the child have a milk allergy? If "Yes," identify the recommended milk substitute.

☐ Yes ☐ No Does this child have any food or non-food allergies? If "Yes," specify and include the treatment plan to be implemented in the event of an allergic reaction.

Date of child's most recent blood lead test: _____ (mm/dd/yyyy).

Note: Children on Medicaid are required to be tested at around ages 12 months and 24 months or once between the ages of 3 and 5 years if no previous test is documented. Lead testing is optional for children who are not on Medicaid.

Immunization(s) not to be administered to child due to medical reason(s) – Specify.

AUTHORIZATION

I certify that I have examined the above child on this date and that he / she is able to participate in child care activities.

Name – MD, PA, or other HealthCheck Provider (type or print)

Address (Street, City, State, Zip Code)

SIGNATURE – MD, PA, or other HealthCheck Provider

Date of Examination



Saint Anthony School
Since 1872

Autorización de Consentimiento para Fotografía o Video Escuela San Antonio

Por este medio autorizo que sean tomadas una o varias fotografías o video a mi niño/niños. Autorizo a la Escuela San Antonio para usar estas fotos o video de cualquier modo que esta juzgue apropiado. Entiendo y estoy de acuerdo que el uso de esta fotografía o video no es una invasión a la privacidad. Ni yo ni otra persona hará algún reclamo a la Escuela San Antonio por el uso de esta/estas fotografías o videos.

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM (CACFP)
HOUSEHOLD LETTER (Non-Pricing Programs)

For Group Child Care & Outside of School Hours Centers
FFY 2023, Rev. 6/22

Dear Parent or Guardian:

_____ is enrolled in the CACFP, a USDA program which
(Name of Agency)

provides federal assistance dollars to eligible child care centers for serving more nutritious meals. The amount of money our agency receives from this program is based on the income levels of our families. **In order to continue providing a quality meal service without additional charge, we request every family of our enrolled children to complete new a Household Size-Income Statement form (HSIS) each year. Please complete and return the attached HSIS form to our office. This information will be kept strictly confidential in our files. Only one completed HSIS is required for all children in your household. Once we have properly approved your HSIS as eligible, our agency will receive the higher ("Free" or "Reduced-price") meal reimbursement rates for your enrolled children, for 12 months from the Effective Month of Determination regardless of any change in your household size and/or income or termination from Benefits Programs.**

- You are not required to complete this HSIS if no one in your household receives benefits from FoodShare WI (the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations), Wisconsin Works Programs and your household income is higher than the amount shown for your household size within the table below. In this case, however, we would appreciate you returning the HSIS to us with "N/A" written on it along with your signature and date.

Determining Eligibility based on Participation in Benefits Programs → Complete Part 1 and Part 3 of HSIS form

Our agency receives the Free meal reimbursement rate for children in households receiving benefits from FoodShare WI, FDPIR, or WI Works Programs. **Wisconsin Works Programs** is Wisconsin's Temporary Assistance for Needy Families (TANF) program. **It provides temporary cash assistance through work placement and training programs and IS NOT the WI Child Care Subsidy Program.** WI Works Programs include Trial Employment Match Program (TEMP), Community Service Jobs (CSJ), Case Management, W-2 Transitions (W-2T), Custodial Parent of an Infant (CMC), Minor Parents Services, Noncustodial Parents, and Pregnant Women.

You must include the following information on the HSIS (a-c) for eligibility based on receiving benefits from FoodShare WI, FDPIR, WI Works Programs:

- (a) The names of your enrolled children;
 - DO NOT list case numbers for:
- (b) Checked box for the benefit your household receives and its case number; &
 - Medicaid, SSI, OR Wisconsin Child Care Subsidy program AND
- (c) The signature of an adult member in the household & signature date
 - DO NOT list 16-digit Quest Card number (starts with 5077) for FoodShare WI

Determining Eligibility by Household Size and Income → Complete Part 2 and Part 3 of HSIS form

Household-Size Income Scale (Effective July 1, 2022 to June 30, 2023)

Household Size	Annual Income Level (at or below)
1	\$ 25,142
2	\$ 33,874
3	\$ 42,606
4	\$ 51,338
5	\$ 60,070
6	\$ 68,802
7	\$ 77,534
8	\$ 86,266
For each additional Household Member, add:	+\$ 8,732

If your household earns a total income that is less than or equal to the income levels listed within this table, we will receive higher meal reimbursement rates ("Free" or "Reduced-price" meal rate) for your children. **For determining eligibility based on your household size and income, you must include the following information on the HSIS (a-e):**

- (a) Full names of all household members who share income and expenses, including children, parents, and non-related persons;
- (b) Income received by each household member identified by source of income and its pay frequency;
- (c) Total number of household members;
- (d) The signature of an adult member of the household and signature date; and
- (e) The last four digits of the social security number of the adult household member signing the HSIS or an indication he/she does not have a social security number.

- Disclosure of United States citizenship or immigration status is not required and is not a condition of eligibility for higher meal reimbursement rates.

Eligibilities of Foster, Runaway, Homeless, and Migrant Children, and Children

enrolled in Head Start: Our agency will receive the Free meal reimbursement rates for foster, runaway, homeless, and migrant children and children enrolled in Head Start who reside in your household, when you provide the respective documentation listed below. **The respective documentation is required for these**

children to be eligible for Free Meals: These children's eligibility for Free meals does not extend to other children in your household.

- **Foster children:** Your completed HSIS with the 'Foster Child' box checked next to your foster children's names. When including them on your HSIS completed for your non-foster children, any income reported for your foster children must only be for their personal use. Your foster children will then be eligible at the "Free" meal rate. Your non-foster children's eligibilities will be based on the benefits or income information provided on your household's completed HSIS form.
- **Children Enrolled In Head Start:** Written certification of your child's Head Start enrollment eligibility period from the Head Start administering agency.
- **Runaway, Homeless, and Migrant Children:** Written certification of the child's status from an official of the appropriate Runaway and Homeless Youth Program, Migrant Education Program, or school official.

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this form. You are not required to provide this information, but if you do not, our agency cannot receive higher reimbursement rates for meals served to your children. You must include the last four digits of the social security number of the household member signing the form unless: the HSIS is only for your foster child(ren); you list a case number for receiving benefits from FoodShare WI, WI Works Cash Programs, or FDPIR; or when the household member signing the HSIS checks "None" for not having a SS#.

Sharing Eligibility Information: Children's eligibility information may be shared in accordance with disclosure protection requirements without prior notification, with education, health, and nutrition programs to assess their eligibility for benefits. The law allows us to share your children's eligibility information with programs such as Medicaid or BadgerCare for ensuring their access to free or low cost health insurance, **unless you tell us not to.** This information may only be used for determining eligibility for their programs; if your children are eligible, they may contact you to offer their enrollment options. Filling out this HSIS does not automatically enroll your children in these programs. **If you do not want your information to be shared with these programs, notify us in writing. This notification will not change whether your children's meals are eligible for meal reimbursement.** Your eligibility information provided on the HSIS may also be shared with auditors for program reviews and law enforcement officials for the purpose of investigating violations of program rules.

Refer to the [USDA Non-Discrimination Statement and Complaint Filing Procedure](https://dpi.wi.gov/nutrition#discrimination) (<https://dpi.wi.gov/nutrition#discrimination>). This institution is an equal opportunity provider.

Signature of Agency Representative

HOUSEHOLD SIZE—INCOME STATEMENT

Child and Adult Care Food Program

An adult household member must complete this form (HSIS) and return it to the center. Complete one HSIS per household.

Refer to the accompanying *Household Letter* for instructions on completing this form.

First and Last Name(s) of Enrolled Child(ren):	Center
---	--------

PART 1: BENEFITS

Do any household members currently participate in FoodShare WI, WI Works Programs, or FDPIR?

If yes, check the program and write the corresponding case number below; then go to Part 3. If no, skip to Part 2.

☐ **FoodShare Wisconsin (10-digit case number):**
DO NOT list a 16-digit Quest Card number:

☐ **FDPIR (9-digit case number):**

☐ **Wisconsin Works (W-2) Programs (10-digit case number):**
Wisconsin Shares Child Care Subsidy benefits is NOT a W-2 Program. It does not qualify a child as free in the CACFP.

PART 2: HOUSEHOLD SIZE AND INCOME

If you did not complete PART 1, complete a, b, and c below; then go to PART 3.

a) Household Members Information: List full names of all members in first column, including yourself and all children.	b) List all income on the same line as the person who receives it. - Record each income source only once. - Check the box for how often each income source is received.
--	--

Household Member Names				Gross wages, Net income (self-employed), Tips, Commission, Military pay & allowances, Work comp, Unemployment	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually	Retirement, Social Security, SSI, Disability, VA benefits, Child Support, Alimony	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually	Private pensions, Trusts, Annuities, Investments, Interest, Net rental income, Savings withdrawals, Any other income	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
Household Member: anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related.	(Optional) Age	Check if Foster Child	Check if No Income																		
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐

c) Record total # of household members: _____

PART 3: SIGNATURE

An adult household member must sign and date this form

If PART 2 is completed, the adult signing the form **must list the last four digits of their SS#** OR check "None" if they do not have a SS#.

ETHNICITY AND RACE DATA COLLECTION – Completion is optional

This center is required by Federal law to ask the following two questions concerning ethnicity and race. Your answers are strictly for statistical reporting and will have no effect on determination of eligibility for benefits. **Please answer both questions.**

IS YOUR CHILD(REN) HISPANIC OR LATINO? ☐ Yes, Hispanic or Latino ☐ No, neither Hispanic nor Latino

SELECT ONE OR MORE OF THE FOLLOWING CATEGORIES THAT APPLY TO YOUR CHILD(REN):

☐ American Indian or Alaska Native ☐ Black or African American ☐ White ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

I CERTIFY that all information on this form is true. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds and that CACFP officials may verify the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Signature of Adult Household Member	Signature Date Mo./Day/Yr.	Last 4 digits of SS# (or check "None" if you do not have a SS#) *** ** _____ ☐ None
-------------------------------------	----------------------------	---

FOR CENTER USE ONLY – Complete all 3 sections

Section 1: Basis of Determining Eligibility (A or B)		Section 2: Eligibility Determination	Section 3: Determining Official's Initials/Approval Date Effective Month of Determination
A. Household Size & Income Total Household Size _____ *Total Income \$_____/_____ (\$ Amount) (Time Period)	B. Benefits/Foster ☐ FoodShare WI ☐ W-2 Programs ☐ FDPIR ☐ Foster Child(ren)	☐ Free ☐ Reduced ☐ Non-Needy	Initials/Date: _____ **Effective Month of Determination: _____ Month/Year
*Convert to yearly income <u>only</u> when multiple pay frequencies are reported, using only these multipliers:		Weekly x 52 ----- Every 2 weeks x 26	Twice a month x 24 ----- Monthly x 12
**This form expires one year from the Effective Month of Determination.			



CACFP ENROLLMENT FORM

Child Care Name:

Parent/Guardian Instructions:

This form can be used for up to three children per household. In the spaces below list the child's name, current age, the days and hours normally in care, and the meals normally received while in care. If the child is of school age report the hours in care both before and after school. Child and Adult Care Food Program (CACFP) regulations require that the enrollment form be updated annually and signed by the child's parent or guardian. This form can be used for three years for the same child(ren), to meet the annual updating requirements.

HOURS AND MEALS WHILE IN CARE											
Child's Name:	Days Normally in Care (Check ✓)	From				Meals Normally Received While in Care (Check ✓)					
		From	To	From	To	Breakfast	AM Snack	Lunch	PM Snack	Supper	Evening Snack
Date of Birth:	☐ Sunday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Monday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Tuesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Wednesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Thursday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Friday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Saturday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
Additional Information (Year One):		Additional Information (Year Two):				Additional Information (Year Three):					

HOURS AND MEALS WHILE IN CARE											
Child's Name:	Days Normally in Care (Check ✓)	From				Meals Normally Received While in Care (Check ✓)					
		From	To	From	To	Breakfast	AM Snack	Lunch	PM Snack	Supper	Evening Snack
Date of Birth:	☐ Sunday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Monday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Tuesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Wednesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Thursday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Friday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Saturday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
Additional Information (Year One):		Additional Information (Year Two):				Additional Information (Year Three):					

HOURS AND MEALS WHILE IN CARE											
Child's Name:	Days Normally in Care (Check ✓)	From				Meals Normally Received While in Care (Check ✓)					
		From	To	From	To	Breakfast	AM Snack	Lunch	PM Snack	Supper	Evening Snack
Date of Birth:	☐ Sunday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Monday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Tuesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Wednesday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Thursday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Friday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Saturday					☐	☐	☐	☐	☐	☐
Additional Information (Year One):		Additional Information (Year Two):				Additional Information (Year Three):					

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE			
Parent/Guardian Signature (Year One):	Date Mo./Day/Yr.	Parent/Guardian Initials (Year Two):	Date Mo./Day/Yr.
Parent/Guardian Initials (Year Three):	Date Mo./Day/Yr.		

Formulario de Inscripción de la Escuela Preescolar K3

Nombre del estudiante _____

Edad del niño/a _____

¿Su hijo/a tiene o usa un sobrenombre?

¿Ha estado su hijo/a en cuidado de guardería antes? Sí ____ No ____

¿Quién vive en la casa con su hijo/a? (Incluir a los padres, hermanos y otras personas)

¿Hay alguien más que cuida a su hijo/a? (abuelos, niñera, etc.)

¿Tienen mascotas en casa? _____

¿Cuáles son los puestos de trabajo y horas de trabajo de los
padres? _____

¿Cuál es el idioma principal de su hijo/a? _____

¿Hay otros idiomas hablados en el hogar? _____

¿Su hijo/a sabe cómo usar el baño por sí sólo? Sí ____ No ____

¿Su hijo/a necesita recordatorios regulares para ir al baño? Sí ____ No ____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? Por favor escribir todas las alergias que tenga.

¿Su hijo/a sufre de temores? Animales _____ la oscuridad _____
tormentas _____ desconocidos _____ Otro _____

¿Su hijo/a por lo general toma una siesta? ¿Tiene él / ella una manta/cobija o un juguete especial para la siesta?

¿A qué hora su hijo/a se va a dormir por la noche?

¿Cuáles son los hábitos alimenticios de su hijo/a? (Comidas favoritas, alimentos que no comen) _____

¿Tiene su hijo/a una dieta especial? _____

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/a? _____

¿Hay o tiene alguna restricción para actividades? _____

¿Cuáles son sus métodos habituales para tranquilizar y recompensar a su hijo/a? _____

¿Cuáles son sus métodos habituales de responder a los comportamientos negativos de su hijo/a? _____

¿Cómo se calma su hijo cuando él / ella se siente frustrado? _____

¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo? Habla _____ Audición _____
Vista _____ Comportamiento _____ Otro _____

Otros comentarios: _____

Gracias por proporcionar esta información tan útil. Esto nos ayudará a conocer a su hijo/a un poco mejor. Toda la información será confidencial y sólo se utilizará por el maestro de su hijo/a en la planificación de su desarrollo.

Nota Especial:

Por favor adjuntar una foto de su familia para el árbol genealógico de la clase. ¡Gracias!

APÉNDICE C

Lista de Personas Autorizadas para recoger al estudiante

**** Las personas de esta lista DEBEN tener 18 años o más. *****

NOMBRE:	RELACION CON EL NIÑOS (S):	NUMERO DE TELEFONO:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



Lista de verificación de la orientación de familia para el Preescolar y la Guardería de San Antonio

_____ Recorrido por las Instalaciones

_____ Introducción del Personal

_____ La familia conoce al equipo docente

_____ Oportunidad dada para una visita prolongada en el salón de clases por parte de la familia y el niño

_____ Distribuir el Manual familiar y una descripción general de las políticas/procedimientos, incluidos, y entre otros:

- Pago/copago y facturas
- Tarifa de asistencia y recogida tardía
- Buzones familiares
- Conferencias familiares
- Requisitos de enfermedad
- Comunicaciones vía ClassDojo, Informes Diarios, llamadas telefónicas, etc.
- Uso de tecnología

_____ Discusión de los roles de la familia y el maestro

_____ Discusión sobre la salud y la evaluación del desarrollo

_____ Discusión de las expectativas de la familia y las necesidades del niño (incluyendo cualquier IEP o especial servicios que se requieren)

_____ Descripción general de los recursos y actividades de apoyo familiar disponibles

* Todas las orientaciones familiares se completan en el idioma del hogar de la familia. *

Firma de la Familia

Fecha

ORIENTACION / DISCIPLINA INFANTIL DE LA ESCUELA PREESCOLAR Y GUARDERÍA DE SAN ANTONIO

Los niños llegan al Programa Preescolar & Guardería de Niños de San Antonio para encontrar cuidado de crianza, un orden razonable y la promesa de un día interesante. En dicho entorno, el número de preocupaciones disciplinarias se reduce. Sin embargo, si se hace necesaria una orientación educativa, la disciplina estará integrada por la redirección de positivismo, y el establecimiento de límites claros para que los niños desarrollen el autocontrol, la autoestima, el respeto de los derechos de los demás, y las interacciones positivas con otros niños y adultos. A veces el comportamiento de un niño/a resulta en consecuencias lógicas que ayudan al niño/a a aprender la relación de causa y efecto de sus acciones.

De acuerdo con la póliza de San Antonio y la ley del Estado, el personal de San Antonio no utilizará ni permitirá que ninguna persona en los locales utilice el castigo físico o comportamiento que es humillante o asusten a un niño/a. Acciones que pueden ser psicológica, emocional o físicamente doloroso, incómodo, peligroso o potencialmente perjudicial están prohibidos. Ejemplos de acciones prohibidas incluyen todo lo siguiente:

1. Nalgadas, golpear, pellizcar, sacudir, abofetear, torcer, lanzar o infligir cualquier otra forma de castigo corporal.
2. El abuso verbal, amenazas o comentarios despectivos acerca del niño/a o la familia del niño/a.
3. La retención de alimentos o forzar la siesta.

Los tiempos de espera "timeouts" están limitados a un minuto por edad si se utilizan con un tiempo de espera máximo de cinco minutos, independientemente de la edad superior a los cinco años. Time-Out es una técnica de orientación que puede ser efectiva para reducir los comportamientos desafiantes de los niños pequeños. El término "tiempo fuera" es la abreviatura de "tiempo fuera del refuerzo positivo". La estrategia es similar a una forma extendida de ignorar selectivamente el comportamiento disruptivo. Los niños son retirados por un breve tiempo de todas las fuentes de refuerzo (p. ej., la atención del maestro y de los compañeros) después de un comportamiento desafiante grave. Por lo general, esta estrategia requiere que se retire a un niño de una actividad en curso durante un tiempo breve, por lo general haciendo que un niño se siente afuera de la actividad dentro del salón de clases hasta que se calme y esté listo para volver a unirse a la actividad e intentarlo nuevamente. El tiempo fuera pretende ser una respuesta no violenta al conflicto que detiene el conflicto, protege a la víctima y proporciona un "período de calma" para el niño.

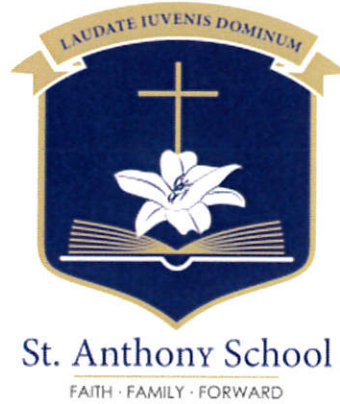
El tiempo fuera solo es efectivo cuando se usa en el contexto de un enfoque integral de apoyo conductual que está diseñado para enseñar, nutrir y alentar comportamientos sociales positivos. El tiempo fuera solo debe ser utilizado por maestros y cuidadores bien capacitados cuando se han probado procedimientos disciplinarios menos intrusivos y se los considera infructuosos y solo en combinación con procedimientos positivos diseñados para enseñar nuevas habilidades y evitar que ocurran comportamientos desafiantes.

El manejo efectivo del comportamiento siempre debe comenzar con elogios y estímulos para el comportamiento prosocial y la banda de autorregulación acompañada de distracción, redirección, retiro de la atención y consecuencias lógicas y naturales. El niño será elogiado después de completar el tiempo de espera y se le ayudará a reincorporarse al grupo.

Si el comportamiento del niño se vuelve demasiado perturbador para el salón de clases, el personal trabajará con la familia para crear un plan de modificación del comportamiento para implementar en el hogar y la escuela. En caso de que el comportamiento de un niño se vuelva violento o impida que otros aprendan, podemos solicitar asesoramiento familiar o cancelar los servicios de cuidado infantil.

Todos los problemas de orientación y comportamiento se manejarán de manera positiva y no humillante, de conformidad con el Código Administrativo de Wisconsin DCF 251.04(2)(i)5. El personal y la facultad recibirán capacitación sobre el manejo de problemas de conducta y orientación durante la orientación inicial y cada 2 años a partir de entonces.

Todos los empleados y voluntarios de la Guardería y Escuela de San Antonio están obligados por ley a informar cualquier sospecha de abuso y negligencia infantil dentro del programa o en el hogar. Informaremos nuestras sospechas a los Servicios de Protección Infantil (CPS). Si se sospecha que un miembro del personal violó nuestra política de orientación infantil, se le otorgará una licencia de inmediato, en espera de una investigación exhaustiva por parte de CPS, Recursos Humanos de San Antonio y el director de preescolar. Si el miembro del personal es declarado culpable de esta violación, será despedido.



RECONOCIMIENTO Y RECIBO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ORIENTACIÓN PARA NIÑOS DE LA ESCUELA PREESCOLAR Y GUARDERÍA DE SAN ANTONIO

- Recibí los Procedimientos de Orientación para Niños de Preescolar y Guardería de la Escuela San Antonio
- Revisé la información incluida sobre el programa y las pólizas y procedimientos específicos.
- Entiendo la información descrita en el procedimiento dado.

Nombre del Estudiante

Padre / Guardián

Fecha



St. Anthony School
FAITH · FAMILY · FORWARD

¿Cómo supiste de nosotros?

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

_____ Volante

_____ Buscando en google

_____ Buscando en la internet utilizando Yelp

_____ Anuncio de Telemundo

_____ Anuncio de Facebook

_____ Familia de la escuela San Antonio

_____ Tarjeta postal

_____ Referido por un amigo o familiar _____
Nombre de la persona que lo refirió

_____ Otro _____

ACUERDO DE MATRICULA
(My WI Child Care EBT)

Este es su formulario de contrato de cuidado y escuela preescolar de niños. Este es el acuerdo de cuándo y cómo usted pagará cada mes. El incumplimiento de los pagos acordados a continuación resultará en la suspensión o terminación de los servicios de cuidado infantil. Las familias / tutores recibirán una factura cada dos semanas que reflejará dos semanas de pago debido. Se incluye un calendario de pagos en el paquete de inscripción.

Pago con la tarjeta EBT para _____ es \$_____ por semana

Pago con la tarjeta EBT para _____ es \$_____ por semana

Pago con la tarjeta EBT para _____ es \$_____ por semana

Pago total pagado con tarjeta EBT por semana \$_____ por semana

Matrícula para _____ es \$_____ por semana

Matrícula para _____ es \$_____ por semana

Matrícula para _____ es \$_____ por semana

Matrícula total de la familia por semana \$_____ por semana

Matrícula total de la familia por período de pago (total familiar semanal x 2) \$_____ por periodo de pago

Acepto los términos anteriores de pago para poder continuar mi cuidado de niños / servicios preescolares. Entiendo que el incumplimiento de las normas descritas anteriormente resultará en la terminación de los servicios y que mi cuenta será entregada a una agencia de cobranza. Entiendo que si mi estado cambia con W2, se emitirá un nuevo contrato de matrícula.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del Personal _____ Fecha _____

APENDICE B**ACUERDO DE MATRICULA
(Pago Privado)**

Este es su formulario de contrato de cuidado y escuela preescolar de niños. Este es el acuerdo de cuándo y cómo usted pagará cada mes. El incumplimiento de los pagos acordados a continuación resultará en la suspensión o terminación de los servicios de cuidado infantil. Las familias / tutores recibirán una factura cada dos semanas que reflejará dos semanas de pago debido. Se incluye un calendario de pagos en el paquete de inscripción.

Matrícula para _____ es \$ _____ por semana

Matrícula para _____ es \$ _____ por semana

Matrícula para _____ es \$ _____ por semana

Matrícula total de la familia por semana \$ _____ por semana

Matrícula total de la familia por período de pago (total de la familia semanal x 2)

\$ _____ por período de pago

Acepto los términos anteriores de pago para continuar mi cuidado de niños / servicios preescolares. Entiendo que el incumplimiento de las normas descritas anteriormente resultará en la terminación de los servicios y que mi cuenta será entregada a una agencia de cobranza. Entiendo que si mi estado cambia con W2, se emitirá un nuevo contrato de matrícula.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del Personal _____ Fecha _____

RECONOCIMIENTO Y RECIBO DEL MANUAL

- He recibido el Manual para Padres del Programa Preescolar & Guardería de Niños de San Antonio
- He revisado la información contenida sobre el programa y las pólizas y procedimientos específicos.
- Me comprometo a cumplir con las pólizas y procedimientos en el manual

Padre/Tutor

Fecha

Ponga sus iniciales en cada póliza después de la orientación:

** Por favor, tome este tiempo para hacer todas las preguntas antes de firmar las pólizas.

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Hay una cuota de inscripción anual no reembolsable. Estas tarifas deben pagarse en el momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces. La cuota de inscripción anual por niño es de \$100.00. Si las familias necesitan asistencia financiera con esta tarifa, comuníquese con su asistente social de W2 Shares (consulte la página 27 para obtener más detalles).

RETIRO DEL PROGRAMA

Una notificación por escrito del padre / tutor del retiro del niño (s) para el cuidado regular del Programa Preescolar & Guardería de Niños de San Antonio se requiere al menos 10 días hábiles antes del último día de asistencia del niño/a (s). El incumplimiento resultará a los padres que se factura hasta 10 días para los servicios regulares.

NO SUFICIENTES FONDOS RECIBIDOS

Un cargo de \$ 25 se dará por cada cheque recibido por insuficiencia de fondos. (Ver páginas 26-27 para más detalles.)

CUENTAS VENCIDAS

Cuentas de dos semanas vencidas será motivo de suspensión de los servicios de cuidado de niños hasta que la cuenta es actual a menos que los arreglos de pago alternativos se han hecho con la Oficina de Facturación. (Consulte las páginas 26-27 para más detalles.)

APÉNDICE A- INFORMACION DE PAGO**CUOTAS ANUALES DE REGISTRO**

Hay una cuota de inscripción anual, no reembolsable. Esta tarifa se debe pagar en el momento de la inscripción y cada año siguiente. Un niño solo paga una cuota de inscripción anual de \$100.00. Si las familias necesitan asistencia financiera con esta tarifa, comuníquese con su asistente social de W2 Shares.

COSTOS DE MATRÍCULA

A tiempo completo: Cualquier niño bajo cuidado por más de 20 horas por semana.

MATRÍCULA SEMANAL: \$ 325 por niño/a *

A tiempo parcial: Cualquier estudiante bajo cuidado por 20 horas o menos a la semana.

MATRÍCULA SEMANAL: \$ 225 por niño/a *

* Las familias inscritas en el programa Wisconsin Shares W2 (ver páginas 27-28 para más detalles) serán responsables de un pago semanal por niño/a matriculado en el Programa Preescolar & Guardería de Niños. Las facturas serán enviadas a casa cada otro martes. Los pagos deben realizarse en su totalidad en la recepción de la escuela preescolar antes de la fecha de vencimiento de la factura.

HORARIO DE CUIDADO NECESARIO:

Por favor indique los días y horas de dejar para que el personal adecuado se pueda ordenar.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DEJAR					
RECOGER					

TOTAL DE HORAS DE CUIDADO _____

-PAGOS QUINCENALES a menos que se haga un acuerdo formal por escrito entre la familia y el director.

- NO REEMBOLSOS DE PAGO EBT

(Firma de Padre/Tutor)

(Fecha)



ÚTILES

La lista de útiles para el Programa Preescolar de K3 & Guardería de Niños de San Antonio incluye:

- 1 mochila – sin ruedas, lo suficientemente grande como para que una carpeta etiquetada con el nombre del niño quepa
- 20 barras de pegamento-morada
- 1 botella de pegamento-liquida de color blanco
- 4 cajas de pañuelos desechables (Kleenex)
- 3 paquetes de toallitas húmedas para bebés
- 1 caja de 8 crayolas grandes (tipo no enorme, "jumbo")
- 3 rollos de toallas de papel
- 2 paquetes de marcadores lavables (washable markers)
- 1 Mr. Clean Borrador Mágico Esponja Limpiadora (Mr.Clean Magic Eraser)
- 2 cajas de bolsas de Ziplock (1 tamaño de sándwich y 1 del cuarto de galón)
- 1 set ropa extra – incluyendo ropa de interior, zapatos y calcetines en una bolsa con zipper, etiquetada con el nombre del niño/a

Por favor, consulte el paquete de inscripción, así como los boletines semanales de las solicitudes de suministro.