

Información de niño(s)		Fecha de Inscripción:	
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: ____ No Hispano ____ Hispano Raza: ____ Blanco ____ Negro o Afroamericano ____ Asiático ____ Indio Americano o nativo de Alaska ____ Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico			
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: ____ No Hispano ____ Hispano Raza: ____ Blanco ____ Negro o Afroamericano ____ Asiático ____ Indio Americano o nativo de Alaska ____ Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico			
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: ____ No Hispano ____ Hispano Raza: ____ Blanco ____ Negro o Afroamericano ____ Asiático ____ Indio Americano o nativo de Alaska ____ Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico			
Dirección de niño/a:			
Días y horas de asistencia:			
Idioma(s) de casa:			
Otra escuela de niño/a (si existe):			
Información del Padre/Guardián		¿Ciudadano de EEUU? Sí No	¿Autorización para recoger? Sí No
Nombre:		Número de teléfono de casa:	
Relación al niño/a:		Número de teléfono celular:	
Dirección:			
Empleador:		Número de teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:		Quiere recibir notificaciones por: Correo electrónico Mensajes de textos	
Información del Padre/Guardián		¿Ciudadano de EEUU? Sí No	¿Autorización para recoger? Sí No
Nombre:		Teléfono de casa:	
Relación al niño/a:		Teléfono celular:	
Dirección:			
Empleador:		Número de teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:		Quiere recibir notificaciones por: Correo electrónico Mensajes de textos	
Contactos de emergencias y personas con autorización para recoger (con excepción de los padres)			
Nombre:	Relación al niño/a	Teléfono: Teléfono de trabajo:	
Nombre:	Relación al niño/a	Teléfono: Teléfono de trabajo:	
Nombre:	Relación al niño/a	Teléfono: Teléfono de trabajo:	



neighborhood house

Quality, affordable day care and support services for
children and adults based on their ability to pay Established 1894

1050 W 500 South • Salt Lake City, UT 84104
(801)363-4589 • Fax: (801)363-4591
www.nhutah.org

Contacto de emergencia afuera de Utah

Nombre:

Relación:

Número:

Este formulario necesita ser revisado anualmente.

Firma del padre _____ Fecha _____

Por favor, reviste este documento cada año, marque cualquier cambio y firme abajo.

Firma del padre _____ Fecha _____

Información financiero		
Persona responsable de pagar la colegiatura a Neighborhood House:	Número de Seguro Social:	
Estado Marital: Casado/a Soltero/a		
Por favor listar todas las fuentes de ingresos mensuales para el hogar (antes de impuestos y de impuestos y deducciones)		
Ingresos por el empleo de Cabeza de la familia	\$ _____	
Ingresos por el empleo de otros miembros de la familia	\$ _____	
Ingresos de manutenciones o cuota alimentaria	\$ _____	
Otros ingresos (seguridad social, pensiones, etc.)	\$ _____	
Ingresos mensuales total :	\$ _____	
SE LE PEDIRÁ QUE PRESENTE PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS (Por favor incluya su declaración de impuestos anual más reciente. Si no tiene, hable con la administración para opciones alternativas. Presenta prueba de toda otra forma de los ingresos.)		
¿Califica para la asistencia de cuidado de niño/a como DWS, NACCRRRA o su empleo? Sí No		
¿Reciba asistencia del Estado?:	Cupones de alimentos Vivienda Médica Financiera	
¿Qué es su estado de hogar?:	Alquilar Propia Temporal	
Número de miembros de hogar: _____ niños _____ adultos		
Otras dependientes del hogar que no van a asistir al Neighborhood House.		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con Hijo/a
¿Ha tenido hijos que asisten en el pasado?		
Nombre:		Año de asistencia:
¿Tiene un saldo pendiente adeudado a Neighborhood House? Sí No No estoy seguro		

Este formulario necesita ser revisado anualmente.

Firma del padre _____ Fecha _____

Por favor, revise este documento cada año, marque cualquier cambio y firme abajo.

Firma del padre _____ Fecha _____

Información de Salud y Nutrición de Niño/a (Por favor, llene uno por cada niño/a)	
Nombre:	Fecha del nacimiento:
¿Su hijo tiene alguna alergia o sensibilidad a los alimentos, medicamentos, u otro? Sí No Por favor, explique:	
¿Su hijo/a tiene necesidades dietéticas especiales que se basan en las necesidades médicas, religiosas, éticas o preferencia personal?	
Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes: ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Convulsiones/Epilepsia ☐ Problemas del corazón ☐ Deficiencias auditivas/Otalgia crónica ☐ Deficiencias visuales/Gafas ☐ Retrasos de formación ☐ Problemas físicos ☐ Problemas emocionales o de comportamiento ☐ Otro: Por favor, explique:	¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo/a? ☐ Expresión o Lenguaje ☐ Emocional o de comportamiento ☐ Capacidad a aprender ☐ Problemas físicos ☐ Problemas de comer ☐ Otro: Por favor explique

Enumere cualquier información adicional de salud, instrucciones especiales o los alojamientos solicitados que debemos tener en cuenta:
¿Tiene algún medicamento con frecuencia? ¿Este medicamento necesita ser administrada durante las horas en que su hijo/a va a estar en nuestra atención?
¿Usa su niño/a los pañales?
¿Está recibiendo su hijo los servicios de educación especial, la intervención temprana o en un Plan de Educación Individualizada (IEP) o el Plan de Servicios para la familia (IFSP)? ¿Con quién?
Doctor o clínica primaria del niño/a: Número de teléfono: _____ Fecha del examen físico más reciente: _____ Hospital o lugar de servicios de emergencia en que prefiere: _____
Dentista o oficina del dentista del niño/a: Numero de telefono: _____ Fecha del cita mas reciente: _____

Seguro medical o dental: ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Privado ¿con quién?
Número de identificación de seguro medical: Número de Identificación de seguro dental:

Por favor, provea copias de las instrucciones de su médico de algún alojamiento dietética o médicas especiales.

Firma del padre _____ Fecha _____

Por favor, revise este documento cada año, marque cualquier cambio y firme abajo.

Firma del padre _____ Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre de hijo/a:

Autorizo a los empleados de Neighborhood House para administrar primeros auxilios y RCP a mi hijo/a como sea necesario y para obtener y proporcionar la asistencia médica de emergencia y el transporte en el caso de ser necesario. Comprendo que yo o mi seguro médica pueda ser facturado por los servicios de médico de emergencia.	Sí No
Autorizo a la personal de Neighborhood House para administrar medicación al mi hijo/a.	Sí No
Comprendo que necesito llenar una forma de autorización para medicación para todas de las medicinas que mi hijo/a necesita.	Sí No
Autorizo a la personal de Neighborhood House para ayudar a mi hijo/a con la aplicación de las lociones, protector solar, repelente, crema de panal, crema de cacao, pasta dentífrica, u otros preventivos.	Sí No
Autorizo a Neighborhood House para transporter a mi hijo/a.	Sí No
Autorizo el uso de las fotos y los videos de mi hijo/a para el propósito de publicidad.	Sí No
Comprendo que Neighborhood House puede utilizar la ayuda de consultores, evaluadores y expertos en educación infantil o educación temprana para observar en nuestras clases y apoyar mejores las prácticas de clase y desarrollo de los niños. También comprendo que Neighborhood House sirve como un sitio de aprendizaje para los estudiantes universitarios que entran en el campo de la de educación temprana y que los estudiantes universitarios pueden estar observando o ayudando en la clase.	Sí No
Autorizo que mi hijo/a pueda ser presente durante estas observaciones y para el evaluador para observar y discutir las observaciones con la personal de Neighborhood House.	Sí No
Comprendo que la personal de Neighborhood House va a hacer evaluaciones de aprendizaje y desarrollo de mi hijo/a para apoyar el currículo y las estrategias educativas.	Sí No
Permite a Neighborhood House para discutir información con respecto a mi hijo/a y compartir escolares de me hijo/a con la siguiente escuela _____ cuando es necesario; o con el siguiente proveedor relevante, agencia, servicios de la terapia, u otro servicio de mi elección:	Sí No
He leído y comprendo el Manual para Padres de Neighborhood House	Sí No

He respondido a las preguntas de esta solicitud con la verdad. Yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar al administrador de Neighborhood House de los cambios en la información que he proporcionado en esta solicitud.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Alergias / intolerancias alimentarias:

Para las alergias a la leche, el médico del participante necesita rellenar documentación que describa las restricciones dietéticas debido a la alergia o intolerancia alimentaria. Existen otras restricciones que también pueden requerir documentación de un médico; se le notificará si es necesario.

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

¿Tiene el participante alguna alergia o sensibilidad conocida a los alimentos? **Sí** **No**

¿El participante es vegetariano? **Sí** **No**

Alergia(s): Lácteos ☐ Soja ☐ Huevos ☐ Trigo ☐

Cacahuetes ☐ Cerdo ☐ Carne de vaca ☐ Pescado/Marisco ☐

Otro, por favor indique cual: _____

Intolerancia alimentaria:

☐ Gluten (Enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no celíaca, incluye trigo, cebada, avena, centeno)

☐ Lactose ☐ Otros (especificar) _____

Tipos de contacto que provocarán una reacción.: ☐ Aerotransportado ☐ Contacto cruzado

☐ Ingestión de comida ☐ Otros (especificar) _____

Por favor explique la reacción: _____

Otras necesidades o restricciones dietéticas especiales (por ejemplo, diabetes, SII, creencias religiosas, etc.)
explique: _____

Proporcione el número de teléfono y correo electrónico de los padres, la mejor forma de contactarlo

Numero de telefono: _____

Correo electrónico: _____

Utah CACFP Enrollment Form/ Free and Reduced-Price Income Application

Complete one application per household. In order to count as enrollment record, Steps 1 & 4 must be completed.

Enrollment Date:

STEP 1

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

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

Child's Last Name, First Name	Date of Birth	Normal Days and Hours in Care (include ALL hours the child might be in care)							Head Start	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway			
		Arrival Time	Leave Time	M	T	W	T	F	S	S	Check all that apply	☐	☐	☐
												☐	☐	☐
												☐	☐	☐
												☐	☐	☐
												☐	☐	☐

STEP 2

Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following eligible assistance programs:

If NO > [Go to STEP 3](#)

A. This box indicates which program applicant is enrolled in.

B. Do any Household Members currently participate in one of the following eligible assistance programs? (circle only one)

C. Enter case number of the selected assistance program in this space.

STEP 3

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

Are you unsure what income to include here?

Flip the page and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

The "Sources of Income for Children" chart will help you with the Child Income section.

The "Sources of Income for Adults" chart will help you with the All Adult Household Members section.

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

Child(ren) income

\$

How often?

Weekly

Bi-Weekly

2x Month

Monthly

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

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

Total Household Members (Children and Adults)

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

X

X

X

X

X

X

Check if no SSN ☐

STEP 4

Contact information and adult signature

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

Street Address (if available)

Apt #

City

State

Zip

Daytime Phone and Email (optional)

Printed name of adult signing the form

Signature of adult

Today's date

INSTRUCTIONS

Sources of Income

Sources of Income for Children	
Sources of Child Income	Example(s)
- Earnings from work	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages
- Social Security - Disability Payments - Survivor's Benefits	- A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A Parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits
-Income from person outside the household	- A friend or extended family member regularly gives a child spending money
-Income from any other source	- A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust

Sources of Income for Adults		
Earnings from Work	Public Assistance / Alimony / Child Support	Pensions / Retirement / All Other Income
- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food and clothing	- Unemployment benefits - Worker's compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veteran's benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private pensions or disability benefits - Regular income from trusts or estates - Annuities - Investment income - Earned interest - Rental income - Regular cash payments from outside household

OPTIONAL

Children's Racial and Ethnic Identities

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

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

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

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

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

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

fax: (202) 690-7442; or
email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Do not fill out For Official Use Only

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

Total Income		How often?				Household size		Eligibility:		Error Prone (Schools Only)	
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly			Free	Reduced	Paid/Denied	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	
Determining Official's Signature		Date		Confirming Official's Signature		Date		Verifying Official's Signature		Date	

Categorical Eligibility ☐



State of Utah
Department of Workforce Services
Office of Childcare
FORMATO DE ELEGIBILIDAD

Nombre del Niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Padre(s): _____
Dirección: _____
Números de teléfono: _____
Escuela del vecindario: _____

For Office Use Only	
Is child eligible?	☐ Yes ☐ No
If child is eligible, under which criteria:	☐ Economically disadvantaged + risk factor ☐ English Learner ☐ Both

1. ¿Califica su hijo/a para el kindergarten (cumple 5 años en o antes del 1 de septiembre de 2020)?

☐ Si ☐ No

Si marcó "No" continúe llenando el formato

2. Califica su hijo/a para almuerzo gratuito o a precioreducido:

☐ Si ☐ No ☐ No lo se

3. Su hijo/a es aprendiz de inglés: (aprendiendo inglés como segundo idioma)?

☐ Si ☐ No ☐ No lo se

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Revise la lista de abajo. ¿Cuántas de estas circunstancias son aplicables a su hijo/a? (No marque cuáles son aplicables, solo queremos saber cuántas aplican).

- Niño/a nacido de una madre que tenía 18 años o menos de edad.
- Un miembro de la familia del niño/a está en la cárcel.
- El niño/a vive en un barrio con alto índice de violencia / criminalidad
- Uno o ambos padres tienen poca habilidad de lectura
- La familia se ha mudado al menos una vez en el último año.
- El niño/a ha estado alguna vez en cuidado de huérfano
- Vive en un hogar con múltiples familias.
- El niño/a ha estado expuesto a abuso físico o violencia doméstica en el hogar.
- El niño/a ha estado expuesto al abuso de sustancias (drogas o alcohol) en el hogar.
- El niño/a ha estado expuesto a eventos estresantes de la vida (muerte, enfermedad crónica o problemas de salud mental de uno de los padres o hermanos)
- El idioma que se habla en el hogar con mayor frecuencia NO es inglés
- Uno de los padres del niño/a no se graduó de la escuela secundaria

Seleccione el rango de números de Factores de Riesgo que se aplican a su hijo/a:

☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9-10 ☐ 11-12

Declaración: Certifico que la información anterior es verdadera y exacta hasta donde se y entiendo.

Firma de padre/madre: _____ Fecha: _____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.



State of Utah
Department of Workforce Services
Office of Child Care

**DOCUMENTO DE RECURSO PARA ELEGIBILIDAD
DE PREPARACIÓN ESCOLAR**
Año escolar 2020-2021

Desaventajados Económicamente

Ubique el tamaño de su hogar en la tabla siguiente y muévase a través de la fila para encontrar la cantidad que es igual o menor que su ingreso (antes de las deducciones).

Si sus ingresos son mayores que las cantidades que aparecen abajo, su hijo no es elegible para el almuerzo gratuito o a precio reducido.

Tamaño Familiar	185% de Pobreza Federal				
	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	23,606	1,968	984	908	454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	613
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,111	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	8,288	691	346	319	160

(Modificado de "Programas de Nutrición infantil: Pautas de elegibilidad de ingresos", Aviso del Registro Federal Vol. 85, No. 55, viernes, 20 de marzo de 2020).

Definición del "Aprendiz de inglés"

Según ESSA, un Aprendiz de Inglés es una persona que:

- 1) Tiene entre 3 y 21 años de edad;
- 2) Está inscrita o se prepara para inscribirse en una escuela primaria o secundaria;
- 3) Cumple con uno de los siguientes criterios—
 - a) No nació en los Estados Unidos, o cuya lengua materna es un idioma distinto del inglés;
 - b) Es un nativo americano o nativo de Alaska, o es un residente nativo de las áreas periféricas; y proviene de un entorno en el que un idioma distinto del inglés ha tenido un impacto significativo en el nivel del dominio del idioma inglés (o ELP por sus siglas en inglés) de dicha persona;
 - c) Es una persona migratoria, cuyo idioma nativo es un idioma distinto del inglés, y que proviene de un entorno en el que un idioma distinto del inglés es dominante, y
- 4) Tiene dificultades para hablar, leer, escribir o entender el idioma inglés, en forma suficiente que pueda impedir que la persona
 - a) La habilidad de cumplir con el reto de los estándares estatales académicos;
 - b) La capacidad de desenvolverse exitosamente en aulas donde el idioma de instrucción es el inglés; O
 - c) La oportunidad de participar plenamente en la sociedad.

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcando al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.