

Información de niño(s)		Fecha de Inscripción:	
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico			
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico			
Nombre de niño/a:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Identidad étnica: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 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:	



Contacto de emergencia afuera de Utah		
Nombre:	Relación:	Número:

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 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, NACCERRA 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: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas/Otalgia crónica <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales/Gafas <input type="checkbox"/> Retrasos de formación <input type="checkbox"/> Problemas físicos <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o de comportamiento <input type="checkbox"/> Otro: Por favor, explique:	¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Expresión o Lenguaje <input type="checkbox"/> Emocional o de comportamiento <input type="checkbox"/> Capacidad a aprender <input type="checkbox"/> Problemas físicos <input type="checkbox"/> Problemas de comer <input type="checkbox"/> 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: Hospital o lugar de servicios de emergencia en que prefiere:	Fecha del examen físico más reciente:
Dentista o oficina del dentista del niño/a: Numero de telefono:	Fecha del cita mas reciente:



Seguro medical o dental:	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> 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 _____