

Fecha _____

Educación Temprana de la Infancia de PUSD-Lista de Elegibilidad
351 School Street Pittsburg, CA 94565

NOTA: Los reglamentos estatales exigen un proceso formal de solicitud y certificación para los servicios de desarrollo infantil. La elegibilidad se determina sobre la base del estado actual de la ayuda a los ingresos mensuales brutos en relación con el tamaño de la familia

Padre o tutor legal 1 _____

Padre o tutor legal 2 _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Madre celular _____

Padre celular _____ Correo electrónico _____

Escuela de Residencia _____ Escuela de Preferencia si la Escuela de Residencia esta

AM or PM class _____ llena _____

Su hijo tiene un IEP? SI NO

Etnicidad del niño/a _____ Raza del niño/a _____

| Nombre de Niños menores de 18 años | Fecha de nacimiento |
|------------------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Por favor indique su nivel de educación más alto : Padre 1 y Padre 2

| | |
|---|------------------------------|
| No se graduó de la preparatoria | Graduado de la Preparatoria |
| Alguna Universidad | Graduado de la Universidad |
| Graduado de Escuela de Maestría-Entrenamiento pos grado | Rehusó Declarar/ Desconocido |

For Office Use Only:

Family Size for purposes of determining eligibility: _____

Gross Monthly Income from all sources: _____ Ranking # _____ Initials: _____

El nombre de niño _____ Escuela _____

El nombre de madre/padre _____

Firma de madre/padre _____ fecha _____

- La identificación de su hijo como un aprendiz de idioma dual en CSPP significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar sus habilidades en la lengua materna, así como en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solo en preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o apoyos de programas que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en el Kinder Transicional o Kinder.

Instrumento de lenguaje familiar

1.) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?

Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.

2.) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?

Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

3.) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?

4.) ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?



PITTSBURG UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Office of STUDENT SERVICES

2000 Railroad Ave Pittsburg CA 94565 (925) 473-2347

CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

El objetivo de la oficina de Equidad y Acceso Participación Familiar es de servir de manera efectiva a los estudiantes y familias en transición. La información proporcionada a continuación nos ayudará a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo(a). Esto podría incluir la prestación de servicios y referencias que brinden una sensación de empoderamiento y estabilidad. Para determinar si su hijo(a) es elegible para estos servicios, complete el Cuestionario de Vivienda del Estudiante y devuélvalo a la oficina de la escuela de su hijo(a). Si desea más información comuníquese con la oficina de Equidad y Acceso Participación Familiar.

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--|
| Nombre del estudiante: | Apellido del estudiante: | Fecha de nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Dirección: | Apartamento: | Ciudad: | Código postal: |
| Nombre del Padre de Familia /Guardián | | Número de contacto: | |
| Escuela: | Grado: | Educación especial: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Designación: _____ | Otros Programas (por ej.: educación para adultos): _____ |

Por favor marque uno.

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|
| El/la estudiante vive con: | <input type="checkbox"/> | 1 padre | <input type="checkbox"/> | 2 padres | <input type="checkbox"/> | 1 padre y otro adulto | <input type="checkbox"/> | pariente(s) |
| | <input type="checkbox"/> | un adulto que no es el padre o tutor legal | | | <input type="checkbox"/> | solo sin adultos | | |

Actualmente, usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones? Marque (✓) todo lo que corresponda.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Alojado en un albergue (refugio familiar, albergue de violencia doméstica, albergue juvenil) Nombre del albergue: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Viviendo temporalmente en un motel/hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc. Nombre del hotel/motel: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc. |
| <input type="checkbox"/> | En un programa de vivienda transicional (ejemplo: Family Solutions, Genesis House, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Viviendo en un automóvil, parque, tráiler, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, edificios con falta de agua, electricidad o calefacción) |
| <input type="checkbox"/> | En un garaje (sin convertir) |
| <input type="checkbox"/> | Ninguno de los anteriores aplica |
| <i>Nota: Si su situación de vivienda cambia durante el año escolar, notifique a la escuela de su hijo. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con personal del distrito y escuela apropiado. Esta forma no se incluirá en los registros estudiantiles de su hijo(a).</i> | |

Escriba los nombres de TODOS los hermanos del estudiante menores de 25 años. Complete una forma adicional para cada hermano(a) actualmente matriculado en el Distrito Escolar de Hacienda La Puente.

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado | Escuela |
|--------|---------------------|------|-------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECLARACIÓN JURADA - Al firmar este formulario, declaro bajo pena de las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información de residencia mencionada anteriormente.

Firma del padre de familia, tutor legal o persona que recibe servicios: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

Student covered by McKinney-Vento Act Student(s) not covered by McKinney-Vento Act.

Revised 07/07/2023

**PLEASE READ THOROUGHLY BEFORE COMPLETING
REGISTRATION FORMS**

- 1. Do not date any pages**
- 2. Do not use white out**
- 3. Do not use quotation marks**
- 4. Do not write "same as above"**
- 5. Use black or blue ink only**
- 6. Complete every page thoroughly**
- 7. Fill child's complete name as it appears on birth certificate**
- 8. Parent 1 on the eligibility list should be the working parent or parent with the income**

***LEA ATENTAMENTE ANTES DE RELLENAR LOS
FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN***

- 1. No ponga la fecha en ninguna página***
- 2. No utilice corrector***
- 3. No utilice comillas***
- 4. No escriba "lo mismo que arriba"***
- 5. Utilice sólo tinta negra o azul***
- 6. Completar todas las páginas***
- 7. Escriba el nombre completo del niño tal como aparece en el certificado de nacimiento***
- 8. El padre o tutor 1 de la lista de elegibilidad debe ser el progenitor que trabaja o el progenitor con los ingresos***

**Thank you- Gracias!
Early Childhood Education team**

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y DE EMERGENCIA GUARDERÍAS / HOGARES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Este formulario tiene que ser completado por el padre/madre o el representante autorizado.

| | | | | | |
|---|----------|---------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO | APELLIDO | SEGUNDO | PRIMER NOMBRE | SEXO | TELÉFONO () |
| DIRECCIÓN | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | C. P. FEC. NAC. |
| NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO | APELLIDO | SEGUNDO | PRIMER NOMBRE | TELÉFONO DEL TRABAJO () | |
| DIR. DEL HOGAR | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | C. P. TELÉFONO DEL HOGAR () |
| NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO | APELLIDO | SEGUNDO | PRIMER NOMBRE | TELÉFONO DEL TRABAJO () | |
| DIR. DEL HOGAR | NÚMERO | CALLE | CIUDAD | ESTADO | C. P. TELÉFONO DEL HOGAR () |
| PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO | APELLIDO | SEGUNDO | PRIMER NOMBRE | TEL. DEL HOGAR () | TELÉFONO DEL TRABAJO () |

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | RELACIÓN CON EL NIÑO |
|--------|-----------|----------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

| | | | |
|----------|-----------|------------------------------|-----------------|
| MÉDICO | DIRECCIÓN | NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO () |
| DENTISTA | DIRECCIÓN | NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO | TELÉFONO () |

SI NO PUEDE COMUNICARSE CON EL MÉDICO, ¿QUÉ ACCIÓN SE DEBE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRO (EXPLIQUE): _____

NOMBRES DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO
 (AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN LA AUTORIZACIÓN POR
 ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO).

| NOMBRE | RELACIÓN CON EL NIÑO |
|--------|----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

¿A QUÉ HORA RECOGERÁ AL NIÑO?

| | |
|--|-------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO | FECHA |
|--|-------|

**ESTA SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO
 O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR PARA EL CUIDADO DE NIÑOS.**

| | |
|-------------------|-------------------------|
| DATE OF ADMISSION | LAST DATE OF ENROLLMENT |
|-------------------|-------------------------|

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

| | | |
|---|------|---------------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1) | | ¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? |
| NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2) | | ¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? |
| ¿ESTÁ / HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO? | | FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO |

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

| | | |
|-------------------------|------------------------|---|
| EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* | EMPEZÓ A HABLAR A LOS* | SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* |
| _____ MESES | _____ MESES | _____ MESES |

ENFERMEDADES PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

| | FECHAS | | FECHAS | | FECHAS |
|---|--------|-------------------------------------|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Varicela | | <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | <input type="checkbox"/> Epilepsia | | <input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (Rubeola) | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | | <input type="checkbox"/> Tos ferina | | <input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubella) | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | | <input type="checkbox"/> Paperas | | | |

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO |
|---|-----------------------------------|---|

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

| | | | |
|--|------------------------------------|---|--------------------------|
| ¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?* | ¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?* | ¿DUERME BIEN?* | |
| ¿DUERME DURANTE EL DÍA?* | ¿CUÁNDO?* | ¿POR CUÁNTO TIEMPO?* | |
| DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?) | DESAYUNO | | |
| | ALMUERZO | | |
| | CENA | | |
| ¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS? | DESAYUNO | | |
| | ALMUERZO | | |
| | CENA | | |
| ¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER? | | ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN? | |
| ¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?* | SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?* | ¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* | ¿CUÁL ES LA HORA USUAL?* |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?* | | ¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?* | |

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
| ¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO: | ¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS: |
| ¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE: | ¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE: |

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA / TEMOR / NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE).

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

| FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO | FECHA |
|--|-------|
| | |

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PITTSBURG

Oficina de Atención al Estudiante
Dra. ReJois Frazier-Myers, Directora
2000 Railroad Ave, Suite D • Pittsburg, CA 94565
(925) 473-2347 • Fax (925) 439-1650



Formulario de Permiso para Utilizar Fotos en la Internet/Medios de comunicación

Fotos de los Estudiantes utilizadas en los diferentes medios de comunicación (ej. periódicos/Internet, etc...)

Para su protección, le pedimos permiso para utilizar la foto de su estudiante en nuestra página de Internet y otros medios de comunicación. Las fotografías utilizadas en la Internet y otros medios de comunicación son de los estudiantes haciendo proyectos, cuando están en grupo (salones de clases, asambleas, deportes, clubs), o cuando los estudiantes reciben reconocimiento al nivel del estado. Además, la página de Internet no dará los nombres enteros de los estudiantes, solo se utilizarán los nombres de pila de los estudiantes, para su protección.

Por favor, marque todos los apartados que correspondan, firme y devuelva este formulario a la oficina de la escuela de su hijo(a).

- Doy permiso para que la foto de mi hijo(a) sea publicada en la Internet con su nombre de pila.
- Doy permiso para utilizar la foto de mi hijo(a) en los medios de comunicación (periódico, revista)
- Doy permiso para utilizar materiales creados por mi hijo(a) (arte, documentos escritos, proyectos de clase, proyectos en la computadora) en la Internet.
- Entiendo que los imágenes de los medios pueden ser utilizados para la publicidad.
- No utilicen la foto de mi hijo(a) en la Internet o en los medios de comunicación
- No utilicen los trabajos de mi hijo(a) en la Internet o en los medios de comunicación
- No incluyan el nombre de pila de hijo(a) en la Internet o en los medios de comunicación

Otras restricciones _____
Reconozco que tengo autoridad legal para firmar este formulario en nombre del menor mencionado a continuación:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Firma de Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Nombre en molde de Padre/Tutor Legal _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

| | |
|---|---|
| Nombre de la oficina de licenciamiento: | Community Care Licensing |
| Dirección de la oficina de licenciamiento: | 1515 Clay Street Suite 1102 Oakland 94612 |
| Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: | (510) 622-2602 |

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dale esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

PUSD Early Childhood Education

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES

Centros de cuidado infantil

Derechos personales - Vea la sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a los centros de cuidado infantil.

- (a) Centros de cuidado infantil. Cada niño que recibe servicios de un centro de cuidado infantil tendrá derechos que incluyen, entre otros, los siguientes:
- (1) A ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del centro y otras personas.
 - (2) A que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) A no recibir castigo corporal o fuera de lo normal; a que no se le cause dolor, sufrir humillación, intimidación, ridículo, coerción, amenazas, abuso psicológico u otros castigos incluyendo, entre otros, interferir con las funciones diarias de la vida, (por ejemplo: comer, dormir o usar el baño) o denegar alojamiento, ropa, medicamentos o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) A que el licenciatarario le informe (o a su representante autorizado, si lo hay) sobre lo que la ley estipula con respecto a las quejas incluyendo, entre otros, la dirección y número de teléfono de la unidad en la oficina de licenciamiento que recibe quejas así como información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) A tener la libertad de asistir a actividades o servicios religiosos de su elección. La asistencia a servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del centro debe ser voluntaria. En el caso de centros de cuidado infantil, las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos deberán ser tomadas por el representante autorizado del niño.
 - (6) A no ser encerrado en un cuarto, edificio o premisas del centro durante el día o la noche.
 - (7) A que no se le coloque en un dispositivo que restrinja movimientos, con la excepción de un aparato de restricción que proporcione apoyo que haya sido aprobado por la oficina de licenciamiento con anterioridad.

EL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR TIENE EL DERECHO A SER INFORMADO SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO CON LA QUE SEA APROPIADO COMUNICARSE SOBRE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE
Community Care Licensing

DIRECCIÓN
1515 Clay St Suite 1102

CIUDAD
Oakland

CÓDIGO POSTAL
94612

CÓDIGO DE ÁREA/Nº DE TELÉFONO
(510) 622-2602

SEPARÉ AQUÍ

PARA: PADRE/TUTOR/NIÑO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Yo (o nosotros) fui personalmente informado sobre los derechos personales contenidos en el Título 22 del Código de Reglamentos de California y he recibido una copia de los mismos durante mi admisión en:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL CENTRO)
PUSD Early Childhood Education

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO)
351 School St Pittsburg, CA 94565

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR)

(TÍTULO DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR)

(FECHA)