

# Stonestown Family YMCA

Registro de las Programas Antes/Después de la Escuela



FOR YOUTH DEVELOPMENT  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

## SECCIÓN A: ESCUELA Y HORARIO

**Escuela:**  Commodore Sloat  Sunset  Jose Ortega

**Verifica los días de la semana que desea que su estudiante asista al programa (2, 3 o 5 días solamente):**

**Programa Antes de Escuela:**  Lunes  Martes  Miercoles  Jueves  Viernes

\*Antes de la Escuela sólo está disponible para estudiantes que asisten a Commodore Sloat o Sunset Programa de Commodore se celebra en San Francisco Church, located across the street from the school at 399 San Fernando Way. Sunset's program is on-site. Hours are 7:00-8:30am.

**Programa Despues de Escuela:**  Lunes  Martes  Miercoles  Jueves  Viernes

## SECCIÓN B: INFORMACION DEL ESTUDIANTE

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Genero:**  M  F

**Nivel de Escuela (2011 -2012):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Direccion de Casa:** \_\_\_\_\_  
Numero de Calle Ciudad Codigo

**Numero de Telefono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Padre/Custodio Numero de Telefono:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero Primaria:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero Primaria:** \_\_\_\_\_

**Email (REQUIRED):** \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTOS ALTERNATIVOS:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero Primaria:** \_\_\_\_\_

**Relacion al estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero Primaria:** \_\_\_\_\_

**Relacion al estudiante:** \_\_\_\_\_

**SI USTED ESTÁ INTERESADO EN antes y / o después de la escuela ,  
PASE POR FAVOR DEJA LA SECCIÓN C. EN BLANCO**

## SECCION C: SUBSIDIO COMPLETO

Hay un número limitado de plazas subvencionadas totalmente disponible para las familias de los estudiantes que asistan a **Commodore Sloat** y **José Ortega**. Estas subvenciones están disponibles para los estudiantes que cumplan con los siguientes criterios:

- Determina la necesidad financiera
- Se han comprometido a asistir al programa después de clases 5 días por semana y una estancia mínima de 3 horas después de la salida de la escuela.
- Son identificados por el personal administrativo de la escuela y los profesores como los estudiantes que se beneficiarían de apoyo académico después de clases.

**Usted debe entregar esta solicitud antes del viernes, 29 de abril al ser considerada para la subvención.**

Las solicitudes tardías serán en lista de espera. Personal de la YMCA y los administradores escolares se reunirán para determinar qué estudiantes califican. Le notificaremos de aceptación de su hijo o la lista de espera durante la semana del 16 al 20 de mayo.

- ¡SÍ! Estoy interesado en recibir un espacio totalmente subvencionados para mi hijo. En el caso de que no recibo un subsidio y todavía quiero después de la escuela de mi hijo, es responsabilidad de MI a su vez en un formulario de ayuda financiera y los documentos de ingresos adecuados de verificación (formularios se pueden recoger en la escuela del estudiante o en la recepción de la YMCA Familiar Stonestown).

**SI MARCO POR ENCIMA DE LA CAJA, POR FAVOR, PASE secciones D, E y F.**

## SECCIÓN D: OBLIGACIÓN FINANCIERA

Los solicitantes deben disponer de una membresía de facilidad (permite el acceso completo a las instalaciones de YMCA y programas) o un membresía de programas (da acceso a los programas de YMCA solamente). Si desea registrarse para obtener una membresía Fondo, por favor hable con un representante de Servicios a Miembros en la recepción de la YMCA Familiar Stonestown. Si desea inscribirse en un membresía de programas, por favor hágalo en la sección F.

**Es usted miembro de facilidad de YMCA?**       Si       No

**Es usted miembro de programas de YMCA?**       Si       No

### Precios para el cuidado de los niños con una Membresía de Facilidad

Antes de Escuela	Pago Mensual	DEPOSITO (Paga por Agosto)
5 dias/semana	\$ 132	\$ 84
3 dias/semana	\$ 94	\$ 60
2 dias/semana	\$ 56	\$ 36
Despues de Escuela	Pago Mensual	DEPOSITO (Paga por Agosto)
5 dias/semana	\$ 392	\$ 248
3 dias/semana	\$ 272	\$ 172
2 dias/semana	\$ 230	\$ 146

### Precios para el cuidado de los niños con una Membresía de Programas

Antes de Escuela	Pago Mensual	DEPOSITO (Paga por Agosto)
5 dias/semana	\$ 160	\$ 102
3 dias/semana	\$ 116	\$ 74
2 dias/semana	\$ 72	\$ 46
Despues de Escuela	Pago Mensual	DEPOSITO (Paga por Agosto)
5 dias/semana	\$ 428	\$ 271
3 dias/semana	\$ 296	\$ 187
2 dias/semana	\$ 250	\$ 158

**BECAS:** Se ofrece una beca del 20% en las tarifas programa mensual para los hermanos.

**ASISTENCIA FINANCIERA:** Si usted está interesado en la ayuda financiera, por favor llene un formulario de ayuda financiera en la recepción de la YMCA Stonestown Familia y entregarla junto con su paquete de inscripción. Vamos a enviar por correo cartas de notificación de asistencia financiera a la dirección de la Sección B para el viernes, 1 de julio. **Nota:** La ayuda financiera no se aplica a su depósito y debe volver a aplicar cada año.

## SECCIÓN E: RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE ENCARGOS DE LA PROGRAMA

**Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo a lo siguiente: Entiendo que el depósito se paga por cuota de agosto.**

- Entiendo que **agosto** y **diciembre** son los meses sólo prorrateado.
- Entiendo que estoy cobrando por el apéndice I designado en la SECCIÓN A. asistencia de mi estudiante o ausencia no modifica la cuota mensual de vencimiento.
- Entiendo que el pago por el cuidado del mes siguiente se debe en o antes del día 20 del mes. Una tarifa de \$ 15 a fines serán aplicados a mi cuenta por pagos tardíos.
- Entiendo que tengo que dar dos semanas de aviso por escrito a retirar mi estudiante del programa.
- Entiendo que tengo que dar dos semanas de aviso para cambiar el horario de mi hijo.
- Entiendo que Community Care Licensing puede tener acceso al expediente de mi hijo en cualquier momento el propósito de revisar la licencia del centro.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## SECCIÓN F: RESUMEN DE PAGO REQUERIDO

NO HAY PAGO OBLIGATORIO  
SI USTED ESTÁ SOLICITANDO  
PARA COSTOS TOTALMENTE  
SUBVENCIONADOS

\$ \_\_\_\_\_ **Depósito:** Esto paga por cuota de agosto

\$ \_\_\_\_\_ **Membresía Anual de Programa** (si es necesario): \$50 para un niño, \$75 para dos o mas.

\$ \_\_\_\_\_ **Donación:** YMCA Familiar de Stonestown "Campaña de Comunidades Fuertes "

\$

### **TOTAL DEBIDO**

Por favor haga el cheque a nombre de Stonestown Family YMCA

**LE ENVIAREMOS LA CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE SU HIJO A SU CORREO ELECTRONICO.  
SI NO NOS DIO SU CORREO ELECTRÓNICO, LE ENVIAREMOS POR CORREO REGULAR UNA CARTA  
DE CONFIRMACIÓN.**

## ACERCA DE SU HIJO

En esta sección se solicita información que es requerida por uno de nuestros patrocinadores. La siguiente información será de ninguna manera determinar el estado de su hijo en el programa o ser utilizado para cualquier propósito que no sea la evaluación del programa.

### Estudiante Raza / Etnia (seleccione uno):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> African American                 | <input type="checkbox"/> Middle Eastern-Arab               |
| <input type="checkbox"/> Black-Other (specify):           | <input type="checkbox"/> Middle Eastern-Iranian            |
|   | <input type="checkbox"/> Middle Eastern-Other (specify):   |
| <input type="checkbox"/> Asian-Chinese                    | <input type="checkbox"/> Native American                   |
| <input type="checkbox"/> Asian-Filipino                   | <input type="checkbox"/> Native Alaskan                    |
| <input type="checkbox"/> Asian-Indian                     | <input type="checkbox"/> Pacific Islander-Guamanian        |
| <input type="checkbox"/> Asian-Japanese                   | <input type="checkbox"/> Pacific Islander-Hawaiian         |
| <input type="checkbox"/> Asian-Korean                     | <input type="checkbox"/> Pacific Islander-Tongan           |
| <input type="checkbox"/> Asian-Laotian                    | <input type="checkbox"/> Pacific Islander-Samoan           |
| <input type="checkbox"/> Asian-Thai                       | <input type="checkbox"/> Pacific Islander-Other (specify): |
| <input type="checkbox"/> Asian-Vietnamese                 |  |
| <input type="checkbox"/> Asian-Other (specify):           | <input type="checkbox"/> White/European American           |
|   | <input type="checkbox"/> Other White (specify):            |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/Mexican American | <input type="checkbox"/> Multiracial/multiethnic           |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino-Central American | <input type="checkbox"/> Other (specify):                  |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino-South American   |  |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino-Caribbean        | <input type="checkbox"/> Declined to state                 |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino-Other (specify): |  |

### Idioma del Hogar (seleccione uno):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> English                | <input type="checkbox"/> Cantonese        |
| <input type="checkbox"/> Spanish                | <input type="checkbox"/> Vietnamese       |
| <input type="checkbox"/> Mandarin/<br>Putonghua | <input type="checkbox"/> Filipino/Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Russian                | <input type="checkbox"/> Arabic           |
| <input type="checkbox"/> Khmer/<br>Cambodian    | <input type="checkbox"/> Toisharese       |
|   | <input type="checkbox"/> Japanese         |
|   | <input type="checkbox"/> Korean           |
| <input type="checkbox"/> Other: _____           |   |

### Fluidez Inglés (seleccione uno):

- Fluido  
 conversacional  
 No Fluido

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

**A completarse por el padre/madre o el representante autorizado**

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ( )
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL HOGAR ( )
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DEL HOGAR ( )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

### MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA  OTRA EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

### A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

# HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

**REQUISITO**

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE 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*	MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

**ENFERMEDADES EN EL PASADO** — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	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 diez días (Rubeola)
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas	

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES?  SÍ  NO    ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? \_\_\_\_\_ ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

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

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?) DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____		¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____
¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?		¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?
¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

**EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE**

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE**

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

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

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

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

**RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS**

FIRMA DEL PADRE/MADRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**NO ES REQUISITO**

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

\_\_\_\_\_ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

\_\_\_\_\_ SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA  
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

( )

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

( )

**DERECHOS PERSONALES****Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con 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 poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
  - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
  - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
  - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
  - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARÉ AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O 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:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)	
(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	
(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)

## 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: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_

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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

### 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.

\_\_\_\_\_  
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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

**YMCA DE SAN FRANCISCO**  
**ACUERDO DE EXONERACION Y CESIÓN**  
**DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y INDEMNIZACIÓN**

EN CONSIDERACION de haber sido otorgado permiso del uso de las instalaciones, servicios y programas del YMCA (o para que un menor participe en ellos) por cualquier propósito, incluyendo, pero sin limitarse, a la observación o uso de los equipos de las instalaciones, o participación en cualquier programa en otro sitio pero afiliado al YMCA, el/ella que firma, por sí mismo(a) y en nombre de cualquier menor participante, representante, heredero y pariente, reconoce, acuerda y asevera que ha inspeccionado y cuidadosamente considerado, o que inmediatamente antes de ingresar o participar inspeccionará y cuidadosamente considerará la premisas e instalaciones del programa afiliado. Además, queda sobreentendido que tal ingreso al YMCA para observación o uso de cualquiera de los equipos de las instalaciones o la participación en tales programas afiliados, constituirán un reconocimiento de que tales premisas, toda instalación, los equipos de las mismas y tales programas afiliados han sido inspeccionados y cuidadosamente considerados y que el/ella que firma los halla considerados y los acepta como seguros y razonablemente adecuados para los propósitos de tales observaciones, uso o participación por su parte o del menor.

ADEMAS DE CONSIDERAR EL HABER SIDO OTORGADO PERMISO PARA INGRESAR AL YMCA PARA CUALQUIER PROPOSITO INCLUYENDO, PERO NO LIMITANDOSE, A LA OBSERVACION O USO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS, O LA PARTICIPACION EN CUALQUIER PROGRAMA AFILIADO AL YMCA, EL/ELLA QUE FIRMA ACUERDA LO SIGUIENTE:

1. EL/ELLA QUE FIRMA, POR SU PARTE Y LA DEL MENOR, EXIME, CEDE, LIBERA Y GARANTIZA NO DEMANDAR AL YMCA, sus directores, oficiales, empleados y agentes (de aqui en adelante se referirá a estos como los eximidos) por cualquier responsabilidad hacia el/ella que firma, o el menor, sus representantes, herederos y parientes, por cualquier pérdida o daño o el demanda por los mismos, con relación a lesiones a la persona o a la propiedad o que causaran la muerte a el/ella que firma o al menor, haya sido a causa de negligencia del eximido o no, mientras el/ella que firma o el menor esté en, dentro o en los alrededores de la premisas o cualquiera de los equipos de las instalaciones o participando en cualquier programa afiliado al YMCA.
2. EL/ELLA QUE FIRMA ACUERDA INDEMNIFICAR, SALVAGUARDAR Y NO PERJUDICAR a ninguno de los eximidos por cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo que pudiera tener, debido a la presencia de el/ella que firma o del menor en, dentro o en los alrededores de las premisas del YMCA, o en cualquier forma observando o usando los equipos de las instalaciones del YMCA, o participando en cualquier programa afiliado al YMCA, haya sido a causa de la negligencia del eximido o no.
3. EL/ELLA QUE FIRMA ASUME COMPLETA RESPONSABILIDAD Y LOS RIESGOS DE LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑO A LA PROPIEDAD a el/ella que firma o al menor debido a la negligencia del eximido o no, mientras esten dentro o en los alrededores de las premisas del YMCA, y/o mientras este usando las premisas o cualquiera de los equipos de las instalaciones, o participando en cualquier programa afiliado al YMCA.
4. EL/ELLA QUE FIRMA da permiso al YMCA de San Francisco, o algunos de sus instalaciones, para usar cualquier fotografías or video tomado de el/ella o los hijos/hijas participando en actividades del YMCA de San Francisco para futuro propósitos promocionales del YMCA , sin autorización adicional.

EL/ELLA QUE FIRMA además acuerda expresamente que este ACUERDO DE EXONERACION, CESION Y INDEMNIZACIÓN ha de ser tan amplio y inclusivo como lo permita la Ley del Estado de California y que si cualquier parte de mismo fuera invalidado, se acuerda que el saldo, no obstante, continuará en plena fuerza y efecto.

EL/ELLA QUE FIRMA HA LEIDO Y VOLUNTARIAMENTE FIRMA EL ACUERDO DE EXONERACION Y CESIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y INDEMNIZACIÓN y además asegura que no se la ha hecho ninguna aseveración oral, declaracion o inducción aparte del presente acuerdo por escrito.

YO HE LEIDO ESTE ACUERDO

Firma de el/ella Solicitante/Padre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nombre del Menor Matricualdo en Programa \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los Menores Matriculado en el/los Programa(s) \_\_\_\_\_