

<b>Información de niño(s)</b>		<b>Fecha de Inscripción:</b>	
<b>Nombre de niño/a:</b>		<b>Sexo:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
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			
<b>Nombre de niño/a:</b>		<b>Sexo:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
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			
<b>Nombre de niño/a:</b>		<b>Sexo:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
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):			
<b>Información del Padre/Guardián</b>		<b>¿Ciudadano de EEUU?</b> Sí      No	<b>¿Autorización para recoger?</b> 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	
<b>Información del Padre/Guardián</b>		<b>¿Ciudadano de EEUU?</b> Sí      No	<b>¿Autorización para recoger?</b> 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	
<b>Contactos de emergencias y personas con autorización para recoger (con excepción de los padres)</b>			
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, reviste este documento cada año, marque cualquier cambio y firme abajo.**

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Información financiero</b>		
Persona responsable de pagar la colegiatura a Neighborhood House:	Número de Seguro Social:	
<b>Estado Marital:</b> 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        :	\$	_____
<b>*SE LE PEDIRÁ QUE PRESENTE PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS*</b> <b>(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.)</b>		
¿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 \_\_\_\_\_

<b>Información de Salud y Nutrición de Niño/a</b> (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 \_\_\_\_\_

<b>FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO</b>	
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
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

  

**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
	\$		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➔
 Total Household Members (Children and Adults) 
Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member





   




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
Printed name of adult signing the form		Signature of adult		Daytime Phone and Email (optional)
		Today's date		

