

Ruta Excelente Hacia el Éxito Académico en Berkeley (BEARS)

B.E.A.R.S. 4 Semanas en el Programa de Enriquecimiento durante el Verano 2014

Junio 23—Julio 18 (cerrado el 4 de julio)

Disponibile de lunes a viernes entre 7:30 am—5:30 pm en LeConte y Malcolm X

¡LA FECHA LÍMITE PARA SOMETER SU SOLICITUD ES EL 16 DE MAYO!

El Programa de Enriquecimiento durante el Verano, BEARS se enorgullece de ofrecer un año más de ¡experiencias académicas estimulantes y actividades divertidas! Ofrecemos una amplia gama del plan de estudios para reforzar las destrezas académicas de los estudiantes. ¡También ofrecemos desayuno, almuerzo, bocadillos, diversión, y una experiencia inolvidable durante el verano!

Para ser parte de esta magnífica oportunidad, nuestro departamento debe determinar su necesidad y elegibilidad antes de que su estudiante pueda comenzar. En la parte posterior, revise la lista de verificación para el padre de familia y someta su solicitud y documentos pertinentes para la situación que se adapta mejor para usted y su familia.

P: ¿Soy Elegible?

R: Puede ser. Tome en cuenta los siguientes requisitos:

- El niño asiste a las Escuelas de Berkeley
- El niño está inscrito en un grado K-5

Los padres están trabajando, asistiendo a la escuela, buscando trabajo, no pueden ofrecer supervisión para los niños debido a una condición de salud física o mental, sin hogar, o el niño se encuentra bajo los Servicios de Protección al Menor

El ingreso total es 70% o inferior al Ingreso Medio Estatal (consulte la Tabla de Ingreso para Familias en la parte posterior)

P: Pero mi ingreso total excede el ingreso requerido. ¿Qué hago?

A: Usted aún puede solicitar los servicios. Inscríbase por \$600 tiempo parcial o \$800 tiempo completo por cada niño, 4 semanas.

Nuestro programa ofrece maestros acreditados y asistentes de instrucción: dos grupos de instructores para cada clase durante las mañanas y las tardes. Los maestros en la mañana cuentan con Título para Impartir Materias Múltiples. Habrá aproximadamente 24 niños en cada clase, en grupos de acuerdo al ni-

*Entregue su Solicitud en
King CDC, Hopkins
CDC, Franklin CDC o
en la Oficina del Distrito*

vel de grado.

No todas las personas tienen la oportunidad de experimentar esto, de manera que es importante que lo inscriba a tiempo y que esté presente todos los días.

BEARS también estará disponible al final de julio y agosto para ofrecer servicios adicionales, pero el espacio podría ser limitado. Comuníquese con nosotros para más información.

Berkeley
PUBLIC SCHOOLS
Berkeley Unified School District



Horario Diario de BEARS

Lunes a Viernes

Desayuno con lectura, juegos o juego libre.
7:30—8:30

Una (1) hora de lingüística y literatura en inglés con un descanso de 15 minutos y una (1) hora de matemáticas con 45 minutos de lectura guiada en grupos pequeños,
8:30 - 11:30

Almuerzo & Recreo, 11:30 - 12:30

Una (1) hora de enriquecimiento (arte, drama, cocina, etc.) con 15 minutos de descanso y una (1) hora de recreación (deportes),

Lectura, juegos, o juego libre, 4:00 - 5:30

Someta sus solicitudes en:

Hopkins CDC, 1810 Hopkins Street, 644-8938
King CDC, 1939 Ward Street— 644-6358
Franklin CDC, 1460 Eighth Street, - 644-6339
Oficina del Distrito 2020 Bonar, Suite 312 644-7770

Supervisor del Programa Zachary Pless
zacharypless@berkeley.net, 644-7770

Secretaria de BEARS, Sherita Miller
sheritamiller@berkeley.net, 644-8938

Horas de Oficina: 9 am—5 pm

Nos comunicaremos con usted para una cita.

Tabla de Cuota por Familia: MB 06-19 & Límite Máximo de Ingresos: MB 07-13*

Pago por Familia		Número de Miembros en la Familia y Nivel Total de Ingreso Mensual		
Por Hora	Cuota Diaria durante el verano	1 o 2	3	4
\$0.20	\$2.00	\$1,820 - 1,892 ^a	\$1,950 - 2,027	\$2,167 - 2,252
\$0.25	\$2.50	\$1,893 - 1,964	\$2,028 - 2,105	\$2,253 - 2,339
\$0.30	\$3.00	\$1,965 - 2,037	\$2,106 - 2,183	\$2,340 - 2,425
\$0.35	\$3.50	\$2,038 - 2,110	\$2,184 - 2,261	\$2,426 - 2,512
\$0.40	\$4.00	\$2,111 - 2,183	\$2,262 - 2,339	\$2,513 - 2,599
\$0.45	\$4.50	\$2,184 - 2,256	\$2,340 - 2,417	\$2,600 - 2,685
\$0.53	\$5.30	\$2,257 - 2,328	\$2,418 - 2,495	\$2,686 - 2,772
\$0.61	\$6.10	\$2,329 - 2,401	\$2,496 - 2,573	\$2,773 - 2,959
\$0.69	\$6.90	\$2,402 - 2,474	\$2,574 - 2,651	\$2,860 - 2,945
\$0.77	\$7.70	\$2,475 - 2,547	\$2,652 - 2,729	\$2,946 - 3,032
\$0.85	\$8.50	\$2,548 - 2,620	\$2,730 - 2,807	\$3,033 - 3,119
\$0.93	\$9.30	\$2,621 - 2,682	\$2,808 - 2,885	\$3,120 - 3,205
\$1.01	\$10.10	\$2,693 - 2,765	\$2,886 - 2,963	\$3,206 - 3,292
\$1.09	\$10.90	\$2,766 - 2,838	\$2,964 - 3,041	\$3,293 - 3,379
\$1.17	\$11.70	\$2,839 - 2,911	\$3,042 - 3,119	\$3,380 - 3,465
\$1.25	\$12.50	\$2,912 - 2,984	\$3,120 - 3,197	\$3,466 - 3,552
\$1.33	\$13.30	\$2,985 - 3,056	\$3,198 - 3,275	\$3,553 - 3,639
\$1.41	\$14.10	\$3,057 - 3,129	\$3,276 - 3,353	\$3,640 - 3,725
\$1.49	\$14.90	\$3,130 - 3,202	\$3,354 - 3,373	\$3,726 - 3,748
\$1.52	\$15.20	\$3,203 - 3,275	\$3,374 - 3,392	\$3,749 - 3,769
\$1.55	\$15.50	≥ \$3,276 - 3,283	\$3,393 - 3,412	\$3,770 - 3,791
\$1.58	\$15.80		\$3,413 - 3,431	\$3,792 - 3,812
\$1.61	\$16.10		\$3,432 - 3,509	\$3,813 - 3,834
\$1.65	\$16.45		≥ \$3,510 - 3,518	\$3,835 - 3,855
\$1.69	\$16.85			\$3,856 - 3,879
\$1.73	\$17.25			\$3,880 - 3,899
\$1.78	\$17.75			≥\$3,900 - 3,909
\$1.84	\$18.40			
\$1.92	\$19.20			
Límite Máximo de Ingreso Mensual (En la parte superior, use la Cuota Total por Familia)		\$3,283	\$3,518	\$3,909

a. Para una familia de 2 miembros cuyo ingreso total mensual ajustado es de \$1,820 a \$1,892, la cuota diaria total correspondiente es \$2.00. Para una familia de 2 miembros cuyo ingreso total mensual ajustado es de \$1,893 a \$1,964, la cuota diaria total correspondiente es \$2.50.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA BEARS

BUSD Ruta Excelente Hacia el Éxito Académico en Berkeley

Programa de Enriquecimiento Durante el Verano/Programa de Cuidado Prolongado 2014

Por favor complete **TODA** la información y use Letra de MOLDE. Gracias.

Fecha de hoy: _____

Nombre del Niño: _____ Nivel de Grado Actual _____

¿A qué escuela de BUSD asiste su hijo actualmente? _____

¿Ya ha asistido su hijo al programa BEARS anteriormente? Por favor Circule uno. Sí No

Anote los nombres de los otros niños en el hogar que estarán asistiendo al programa:

Nombre:		Nivel de Grado Actual:	
Nombre:		Nivel de Grado Actual:	
Nombre del Padre/Tutor Legal A	Parentesco con el Niño	Nº de Teléfono	Nº de Celular
Nombre del Padre/Tutor Legal B	Parentesco con el Niño	Nº de Teléfono	Nº de Celular
Domicilio:		Ciudad:	Zona Postal:
Ingreso Mensual Estimado Total (antes de impuestos):		Número de Miembros en la Familia	
		Adultos:	Niños:

¿A qué escuela prefiere que asista su hijo en el Programa de Cuidado Prolongado? (junio 23 - julio 18)

Malcolm X

LeConte

¿Desea que su hijo asista al Programa de Cuidado Prolongado? (julio 21 - agosto 23) Sí No

¿Qué escuela prefiere usted para que su hijo asista al Programa de Cuidado Prolongado? (julio 21 - agosto 23). Por favor marque todas las que correspondan.

Berkeley Arts Magnet Jefferson John Muir LeConte Malcolm X Rosa Parks
 Washington

¿Estará(n) su(s) niño(s) asistiendo al programa de Educación Especial ESY en el verano? Sí No

¿A usted le gustaría que su niño asista al Programa Después de Clases BEARS durante el año escolar 2014 - 2015? Por favor circule uno. Sí No

Para inscribirse en el programa BEARS, la División de "Child Development" del Departamento de Educación de California requiere que cada padre sea elegible y cumpla con ciertos requisitos. Por favor marque todo lo que aplica y adjunte los documentos correspondientes junto con el comprobante de ingreso:

Empleado o Trabaja por
Cuenta Propia

Buscando
Empleo

Participando en Educación o
Entrenamiento Vocacional

Niño(s) identificado(s) de estar en Riesgo de ser Abusado/s, Descuidado/s, o Explotado/s "Child Protective Services"

Discapacitado Buscando Vivienda Permanente Recibe Asistencia en TANF/CAL Works

Sin Hogar

Por favor marque la caja que le corresponda.

El idioma del Niño o de los Niños no es el inglés El Niño tiene Necesidades Excepcionales

OFFICE USE ONLY: Date Received: _____ Ranking #: _____

Fecha: _____ Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

SU SITUACIÓN (Para demostrar la necesidad de los servicios)	QUE DOCUMENTOS NECESITA TRAER CON SU SOLICITUD <i>Debe incluir por lo menos uno de los siguientes</i>
1. La familia <u>está empleada o trabaja por cuenta propia</u> (trabajo independiente)	<input type="checkbox"/> Dos talones de cheque consecutivos si se le paga, mensualmente, cada dos semanas o dos veces por mes <input type="checkbox"/> Cuatro talones de cheque consecutivos si se le paga semanalmente <input type="checkbox"/> O Documentos de sus impuestos <input type="checkbox"/> Un Formulario de Verificación de Empleo completo y firmado (Adjunto A) <input type="checkbox"/> Un Formulario de Declaración de Trabajador Independiente o de Trabajo por Cuenta Propia completo y firmado y documentos (Adjunto A-1 and A-2)
2. La familia está participando en <u>entrenamiento vocacional</u> en relación directa hacia un trabajo reconocido, " <u>paraprofession</u> " o profesión	<input type="checkbox"/> Horario de clases actual <input type="checkbox"/> Una declaración de las metas vocacionales con la fecha que se anticipa que se completen dichas metas
3. La familia no es capaz de ofrecer cuidado o supervisión para el niño durante parte del día o casi todo el día debido a una condición de salud física o mental	<input type="checkbox"/> Una Declaración de la Incapacidad del Padre completa y firmada por un profesional legal del ámbito de salud.
4. La familia tiene un niño que está en riesgo de abuso, negligencia, o explotación, o está recibiendo los <u>servicios de protección del niño</u> a través del departamento de bienestar (<u>welfare</u>) del condado	<input type="checkbox"/> Una referencia por escrito con la firma de un profesional legal del ámbito legal, médico, o agencia de servicios sociales, o un albergue de emergencia que declare que el cuidado para el niño sería por el bien del niño
5. La familia está <u>buscando vivienda permanente, o no cuentan con un lugar para vivir (homeless)</u>	<input type="checkbox"/> Una referencia por escrito de un albergue de emergencia, u otra agencia legal, de salud, o servicios sociales <input type="checkbox"/> O una auto declaración del padre completa y firmada de carencia de vivienda o completar el Adjunto D <input type="checkbox"/> <i>Este formulario es aceptado únicamente durante el verano a menos que esté acompañado de uno de los formularios mencionados anteriormente (1-4).</i>
6. La familia <u>está buscando empleo</u>	<input type="checkbox"/> Formulario de Búsqueda de Empleo con la Declaración completa y firmada (Adjunto B) <input type="checkbox"/> <i>Este formulario se acepta únicamente durante el verano.</i>
El tamaño de la familia incluye dependientes – Por favor traiga UNO de lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Actas de nacimiento (todos los niños)	<input type="checkbox"/> Órdenes del Juzgado referentes a la custodia del niño
<input type="checkbox"/> Documentos de adopción	<input type="checkbox"/> Expedientes de Asignación a " <i>Foster Care</i> "
<input type="checkbox"/> Expedientes escolares o médicos	<input type="checkbox"/> Expedientes del departamento de " <i>welfare</i> " del Condado
El tamaño de la familia incluye únicamente un adulto (padre) – Por favor traiga UNO de lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Documentos de matrimonio, divorcio, pareja en sociedad conyugal, o separación legal	<input type="checkbox"/> Arreglos referentes a la custodia del niño ordenados por el Juzgado
<input type="checkbox"/> Evidencia de que el padre que firma la solicitud está recibiendo pagos de " <i>child support</i> " (manutención), ha solicitado manutención con la agencia local apropiada, o a formalizado documentos con dicha agencia rehusando a someter documentos de manutención.	<input type="checkbox"/> Recibos o acuerdos, contratos, facturas por servicios públicos u otros documentos referentes al domicilio de la familia indicando que el padre es la persona responsable
El tamaño de la familia incluye abuelo(s) y excluye a padres biológicos – Por favor traiga lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Una declaración por escrito mencionando el motivo por el cual los padres biológicos no pueden hacerse cargo de los niños <input type="checkbox"/> Mostrar documentos de empleo, incapacidad, inscripción en la escuela, buscando empleo (se acepta únicamente durante los meses de verano), o buscando vivienda permanente (únicamente durante los meses de verano, servicio limitado a 60 días)	

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____

Escuela: _____

La familia cuenta con ingreso – Por favor presente TODAS los documentos que sean necesarios

- Sueldo netos, salario, avances de pago, comisiones, tiempo extra, propinas, bonos, ganancias de apuestas o lotería
- Sueldo por trabajo migrante, de agricultura o por temporada
- Asistencia Pública en efectivo (CalWORKS o TANF)**
- Beneficios de sobreviviente o de jubilación (p.ej., SSA)
- Ingresos netos de trabajo por cuenta propia menos los gastos de negocio con la excepción de “wage draws”
- Compensación por incapacidad o desempleo
- Compensación del trabajador (Workers Compensation)
- Manutención del cónyuge/hijo por parte del padre ausente o ex cónyuge, o documentos relativos a asistencia financiera por costos en el hogar, pagos de carro, seguro médico, etc...
- Dividendos, intereses en bonos, ingresos de propiedades o fideicomisos, ingresos netos de renta o regalías
- “Foster Grants”, pagos o subsidio para vestido y sustento para niños colocados mediante los servicios de “welfare”
- Asistencia financiera recibida por el cuidado de un niño viviendo con un adulto que no es el padre biológico o adoptivo
- Pensión de Veteranos
- Pensión o anualidades
- Herencia
- Porción de becas estudiantiles no identificadas para propósitos educacionales tales como cuota de inscripción, libros o útiles escolares
- Ingreso de otra empresa comercial para obtener ganancias
- Subsidios para vivienda o automóviles proporcionados como parte de una compensación
- Ganancias netas de la venta de bienes raíces, acciones o propiedad heredada
- Ingresos por rentar una recámara dentro de la residencia de la familia
- Acuerdos del juzgado o del seguro por pérdida de salarios y/o daños punitivos (dinero que el juez ordena se pague al demandante por daños y perjuicios)

Residencia: Por favor presente UNA copia de los siguientes documentos para confirmar su residencia en California:

- Un Recibo de Servicios (Utility Bill)
- Contrato de Renta
- Estado de Cuenta Bancaria

Información y Formularios de Permiso – Por favor firme y complete todos los formularios

- Información e Identificación de Emergencia (Att E)
- Formulario de Permiso para (Att F)
- Formulario de Permiso para Publicidad (Att G)
- Información acerca del Medicamento (Att H)

Por favor envíe su solicitud y documentos por correo o entréguelos en persona en uno de los siguientes domicilios:

ATTENTION BUSD BEARS:

1810 Hopkins Street, Berkeley, CA 94707

1939 Ward Street, Berkeley, CA 94703

1460 Eighth Street, Berkeley, CA 94704

2020 Bonar Street, Ste. 312, Berkeley, CA 94702

Después de haber entregado su solicitud, esta será revisada para evaluar la necesidad y elegibilidad. Nosotros nos comunicaremos con usted y programaremos una reunión de certificación que tomará aproximadamente 30 minutos. Durante la reunión, se le informará a usted si su solicitud ha sido aceptada o si se colocará en la lista de espera. Si todos los documentos y formularios pertinentes no se reciben junto con su solicitud, esto retrasará el proceso. **Si usted tiene preguntas, por favor comuníquese con Sherita Miller al (510) 644-8938 o por medio de correo electrónico a sheritamiller@berkeley.net.**

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Nombre del Empleado _____

Empresa/Empleador: _____

Domicilio de la Empresa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de la Empresa _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Fecha en que fue contratado el Empleado: _____

Días y Horas de Trabajo

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
AM							
PM							

Si su horario es flexible, favor de anotar: Mínimo de horas por semana _____

Máximo de horas por semana _____

Información del Salario: Salario mensual total _____

¿Con qué frecuencia? Mensual ___ Dos veces al mes ___ Cada dos semanas ___ Semanal ___

¿Recibe el empleado otro tipo de pago (tiempo extra, bono, comisión, incentivo, propina, etc.)?

Sí ___ No ___

Si responde sí, ¿qué tipo de pago? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia?

La información en la parte superior está relacionada con la elegibilidad del empleado para recibir los beneficios de cuidado para su hijo y está sujeta a revisión por representantes del Estado de California.

Yo afirmo que de acuerdo a mi leal saber y entender la información anterior es verdadera y correcta.

Representante Autorizado por la Empresa

Fecha

Con mi firma, YO autorizo a mi empleador/empresa a que proporcione al BUSD la información requerida.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

**Formulario de Declaración
Trabajador Independiente/Trabajo por Cuenta Propia**

Fecha: _____

Yo, _____ estoy declarando bajo pena de perjurio que yo trabajo por mi cuenta. Yo trabajo como (descripción del trabajo/puesto):

Días y Horas de Trabajo por Cuenta Propia:

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
AM							
PM							

Nombre de mi Negocio: _____

Domicilio: _____

Mi ingreso total mensual (antes de deducciones) es : _____

Si tiene preguntas, por favor comuníquese conmigo al: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Berkeley's Excellent Academic Road to Success (B.E.A.R.S.) Program
Fax Number: 510-644-6715

Fecha: _____ Nombre del Padre: _____

A. Formulario de Declaración de Trabajador Independiente/Trabajo por Cuenta Propia

B. Sección B: Documentos Pertinentes al Trabajo Independiente

Por favor presente una copia de **por lo menos UNO** o más de los siguientes documentos para verificar su necesidad de servicios de cuidado:

1. _____ Registro de citas con clientes
2. _____ Recibos para los clientes
3. _____ Registros de trabajo
4. _____ Registro de millas acumuladas
5. _____ Lista de clientes con información del contrato

C. Sección C: Documentos Pertinentes al Ingreso

Por favor presente una copia de **por lo menos UNO** o más de los siguientes documentos para verificar su ingreso:

1. _____ Una carta que demuestre de donde provienen sus ingresos
2. _____ Documentos de los impuestos
3. _____ Libros de contabilidad
4. _____ Recibos
5. _____ Registros/Expedientes del Negocio

D. Sección D: Documentos que comprueben la Existencia del Negocio

Por favor presente una copia de **UNO** o más de los siguientes documento:

- _____ Contrato de alquiler de un Espacio o un Puesto
- _____ Contrato de arrendamiento del lugar donde trabaja
- _____ Estados de cuenta del banco
- _____ Licencia para tener un negocio

E. Por favor comuníquese al 644-8938 para programar una cita con el personal de la oficina BEARS, complete los formularios de inscripción, y revise la política (reglamentos generales) del programa. Durante esta reunión se le informará si su solicitud ha sido **aceptada o colocada en la lista de espera**.

**Después de que todos sus formularios estén completos y firmados, por favor envíelos a:
ATTENTION BUSD BEARS: 1810 Hopkins Street, Berkeley, CA 94707**

Auto Declaración de Búsqueda Personal de Empleo

Yo _____, el padre de _____,
(Padre/Tutor Legal) (Nombre de todos los niños que estarían inscritos en los programas de desarrollo infantil)

Estoy en búsqueda de cuidados para mis hijos en el Departamento de Cuidado Infantil del BUSD con el fin de que pueda yo buscar un empleo. Yo entiendo que este cuidado se limita a un máximo de sesenta (60)* días consecutivos de trabajo (excepto días festivos). También entiendo que el cuidado se imita a cinco (5) días de la semana y por menos de treinta (30) horas a la semana. Mi plan para asegurar, cambiar o aumentar empleo es el siguiente:

Entiendo que la persona encargada (Departamento de Desarrollo Infantil del BUSD) podrá solicitar que yo presente, no más de una vez por semana, una descripción de las actividades que he llevado a cabo durante la semana anterior para buscar empleo y, en dado caso, sería necesario presentar documentación adicional.

Declaro bajo pena de perjurio que la información presentada en la parte superior de este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

* Si el padre al mismo tiempo ha recibido los servicios basados en el empleo o entrenamiento vocacional de por lo menos veinte (20) días de trabajo mientras recibe los servicios de búsqueda de empleo, la elegibilidad por la búsqueda de empleo puede ser extendida por veinte (20) días hábiles. Para este padre, los servicios para este fin no deben exceder ochenta (80) días de trabajo durante el periodo del contrato.

For Office Use Only

Hours of Service _____

Monday through Friday

Last day of Seeking Employment _____

Reason _____

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD DEL PADRE

Por favor escriba con letra de molde o a máquina.

PARTE I – Para ser completado por un representante autorizado de la agencia y el padre incapacitado.			
Mediante mi firma en este formulario para el propósito de verificar mi incapacidad para hacerme cargo de los niños en mi familia tal y como se relaciona con la elegibilidad de la familia para recibir ayuda con el cuidado para niños y servicios de desarrollo, yo autorizo y solicito al profesional de salud nombrado en la Parte II que suministre la información requerida a la agencia identificada en la parte inferior. Además autorizo al profesional de salud a discutir esta Declaración de Incapacidad con la agencia en orden de que la agencia lo verifique, clarifique o lo complete. Entiendo que el profesional de salud podría también solicitar que yo complete su formulario antes de ofrecer la información solicitada a continuación.			
NOMBRE DEL PADRE/CUIDADOR		FIRMA DEL PADRE/CUIDADOR	
NOMBRE Y EDAD DEL NIÑO(S) PARA EL CUAL SE ESTA SOLICITANDO LA AYUDA FINANCIER PARA EL CUIDADO PARA NIÑOS:			
1.	2.	3.	4.
AGENCIA Berkeley Unified School District - BEARS		REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA Sherita Miller	NÚMERO DE TELÉFONO (510) 644-8938
DOMICILIO 1810 Hopkins Street		CIUDAD Berkeley	ZIP CODE 94707

PART II – Para ser completado por un profesional de salud acreditado.								
Para que la familia sea elegible para recibir cuidado para niños y servicios de desarrollo bajo la categoría de incapacidad, la ley de California requiere verificación, por lo menos anualmente, de la incapacidad física o mental del padre o cuidador lo cual provoca que la persona no este capacitada para cuidar o supervisar al/los niño(s) sin asistencia. (Vea el <i>California Code of Regulations, Title 5, §18088.</i>) Su cooperación en completar y devolver este formulario a la agencia mencionada en la parte superior dentro de los 15 días a partir de la solicitud del recibo.								
PACIENTE _____ TIENE a <input type="checkbox"/> condición física o a <input type="checkbox"/> condición de salud mental lo cual le impide el ofrecer cuidado o supervisión para el/los niño(s) mencionados anteriormente por lo menos durante parte del día.	Por favor indique las horas durante el día y los días de la semana, no exceda las 50 horas en una semana, durante las cuales el padre no es capaz de cuidar o supervisar al niño(s).							
	Cuidado para el Niño	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Hora que Comienza	am/ pm						
	Hora que Termina	am/ pm						
FECHAS PROBABLES PARA LA INCAPACIDAD	Si el tiempo durante el día no puede ser identificado fácilmente al consultar con el paciente, por favor indique el número de horas <input type="checkbox"/> y días de la semana [M, T, W, T, F, S, S] durante los cuales se necesitan los servicios.							
De:	Hasta:							

Si el padre tiene una condición física/médica, por favor identifíquela al grado por el cual el padre no está en condición de proveer cuidado y supervisión.

Por favor firme y entregue este formulario a la agencia que se menciona en la Parte I dentro de los 15 días hábiles a partir del día que recibió

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA		TIPO DE LICENCIA	NÚMERO DE LICENCIA
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO ()
GRUPO DE SALUD U ORGANIZACIÓN CON LA CUAL EL PROFESIONAL ESTÁ AFILIADO, EN CASO DE ESTAR AFILIADO.			
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Berkeley's Excellent Academic Road to Success (BEARS)
Fax #: 510-644-6715

Auto Declaración de los Padres de Familia referente a la Falta de Vivienda

Yo _____, padre/madre de _____, am
(Padre, tutor Legal) (Nombre de los niños que estarán inscritos en los programas de desarrollo para el niño)
estoy buscando cuidado para mis hijos de parte del "Child Development Department" del BUSD debido a que mi familia se encuentra en vivienda temporal o sin hogar.

¿Su domicilio actual está dentro de un acuerdo de vivienda temporal? Sí No Tal vez

¿EL acuerdo temporal de vivienda se debe a la pérdida de su casa, problemas económicos o circunstancias similares?
Sí No

¿Dónde están viviendo actualmente los estudiantes y la familia?

- Con más de una familia en una casa o departamento
- En un albergue o programa de transición
- En un motel u hotel
- En un carro, tráiler, o a la intemperie
- en otro lugar

Mi plan para asegurar una vivienda permanente es el siguiente:

Yo entiendo que este cuidado está limitado a un máximo de sesenta (60) días hábiles consecutivos (excluyendo días festivos). Yo también entiendo que el cuidado es limitado a cinco (5) días por semana y menos de 30 horas por semana. Entiendo que el Child Development Department de BUSD podría solicitar que yo muestre, no más de una vez por semana, una descripción de las actividades que he realizado para buscar vivienda y, tal como es apropiado, pueden solicitar más documentos. Yo entiendo que si mis circunstancias cambian, estoy obligado a informar al personal de la oficina inmediatamente, lo cual puede afectar mi elegibilidad y seré responsable por reembolsar al Distrito Escolar Unificado de Berkeley los costos incurridos en el programa.*

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta y verdadera de acuerdo con mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

* Si el padre solicita una extensión para continuar buscando vivienda mediante una declaración de necesidad firmada bajo pena de perjurio que incluya un reporte reciente del plan de búsqueda ya sea una descripción de las actividades realizadas durante la semana previa para buscar vivienda o declaración escrita del albergue, agencia de vivienda de transición, o programa de apoyo para personas sin hogar indicando la necesidad de continuar con los servicios necesarios, la elegibilidad para continuar buscando vivienda podría ser extendida por veinte (20) días hábiles. Para el padre, los servicios para este propósito no deben exceder de ochenta (80) días hábiles durante el periodo del contrato.

For Office Use Only (Para el personal de la oficina)

Hours of Service _____

Monday through Friday

Last day of Seeking Housing _____

Reason _____

Adjunto E

State Department of Education
Child Development Division
CD-9607 (Rev 09/05)

Para ser completado por el padre o tutor legal y actualizado cuando se realice una renovación del certificado o cualquier cambio.

Información para Identificación y Emergencias

I. Información acerca de la familia

Nombre del Niño (Apellidos y nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Domicilio del niño: _____ Teléfono: _____

Domicilio del empleo de la madre: _____ Teléfono: _____

Domicilio del empleo del padre: _____ Teléfono: _____

II. Nombre de las personas que están autorizadas para Llevarse al Niño del Establecimiento (a este niño no se le permitirá irse con cualquier otra persona que no tenga una autorización por escrito del padre, madre o tutor legal).

Nombre

Teléfono

Parentesco

III. Otras personas a las que se les puede llamar en caso de Emergencia para que vengan por el niño al establecimiento.

Nombre

Domicilio

Teléfono

Parentesco

IV. Médico con quien comunicarse en caso de Emergencia

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

V. Número Medi-Cal _____ Nombre del Seguro Médico _____

Número de Seguro _____

VI. Alergias u otras limitaciones médicas _____

VII. Permiso para tratamiento médico. Los procedimientos administrativos referentes a la prestación de servicios médicos al menor de edad en ausencia de los padres, varían entre el personal y las instituciones médicas. El procedimiento exacto a seguir en caso de emergencia exigido por el medico u hospital debe de haber sido verificado con anterioridad.

En caso de accidente o emergencia, Yo autorizo a un miembro de la agencia de "Child Development" a llevar a mi hijo al médico mencionado anteriormente o al hospital de emergencias más cercano para que reciba el tratamiento y las medicinas necesarias que garanticen la seguridad y protección de mi hijo. Dicha atención y gastos médicos correrán por mi cuenta.

Firma _____ Fecha _____

Padre o Tutor Legal



PERMISO PARA IR DE PASEO

Programa durante el Verano de BEARS

Mi hijo _____, puede ir en viajes cortos a pie, viajes en autobús y viajes utilizando otras formas de transporte público según sea planeado por el maestro durante el tiempo que mi hijo este re-inscrito en el Programa BEARS.

Yo, doy permiso y absuelvo al *Berkeley Unified School District*, a sus funcionarios, empleados, funcionarios agentes (referidos a partir de aquí colectivamente como "District") de toda la responsabilidad que surja en conexión con los paseos descritos anteriormente. Para los efectos de la presente declaración de responsabilidad: todas las reclamaciones, perdidas de demandas, causas de acción, litigios, o juicios de cualquier y toda clase que Yo, mi hijo, mis herederos, ejecutores, administradores, o cesionarios puedan tener en contra del *District*, debido a cualquier perdida o daños a la propiedad que se produzca durante los paseos que se describen anteriormente.

En caso de presentarse cualquier enfermedad o lesión, yo doy el consentimiento de que se realice cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria de un médico autorizado y/o cirujano cuándo se considere necesario para la seguridad y bienestar de mi hijo.

_____ Firma del Padre/Tutor Legal	_____ Fecha	_____ Domicilio	_____ Teléfono #
_____ Plan de Seguro de Salud	_____ Número de Póliza	_____ Nombre de Persona en caso de Emergencia	_____ Teléfono #
Preocupaciones Médicas Especiales: _____	Dieta Especial: _____		
Actividad Extenante: _____	Instrucciones Especiales: _____		

Adjunto G

HOJA DE PERMISO DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA FOTOGRAFÍA - PUBLICIDAD

Estimado Padre de Familia o Tutor Legal:

La clase o parte dela clase de su hijo podría ser entrevistada, fotografiada, grabada o filmada para programas de radio , televisión o artículos en el periódico relacionados con la escuela y de interés para estudiantes, familias y el público. En este medio de comunicación tal vez utilicemos el nombre de su hijo, grado y nombre de la escuela a la que asiste. No se le otorgara ninguna compensación ni a usted ni a su hijo.

Además, podríamos utilizar las fotografías o videos de los proyectos del salón de clase, conciertos, obras de teatro, o en nuestra página de Internet, sin identificar a los estudiantes.

Por favor, lea cuidadosamente las opciones que se encuentran en la parte inferior y marque las cajas que sean de su agrado. Este formulario permanecerá en el expediente de su hijo durante su estancia en el programa BEARS. Si usted cambia de opinión y desea hacer cambios en el formulario, por favor comuníquese con el personal de la oficina BEARS inmediatamente.

Sinceramente,

Zachary Pless
Supervisor del Programa

____ Yo apruebo el uso de fotografía y videos para mi hijo con los fines mencionados anteriormente.

____ Yo no quiero que la fotografía y video de mi hijo se usando en el internet.

____ Yo no quiero que por ninguna razón se utilicen videos o fotografías donde aparece mi hijo.

_____ Nombre del Estudiante	_____ Firma del Padre/Tutor Legal	_____ Fecha
--------------------------------	--------------------------------------	----------------

Berkeley's Excellent Academic Road to Success (BEARS)
Fax #: 510-644-6715



Estimado Padre de Familia o Tutor Legal:

Antes de administrar medicamentos a su hijo en la escuela, se requiere un formulario de consentimiento por escrito de parte de su médico indicando el nombre de la medicina, el método de administración, cantidad, y horario a seguir para administrar dicho medicamento. Este formulario se debe entregar al personal de la escuela junto con el medicamento.

Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Zachary Pless
Supervisor del Programa *Extended Learning*

Health Form #20

Yo entiendo la política mencionada anteriormente y cumpliré con los requisitos cuando mi hijo necesite que se le administre el medicamento en la escuela.

Nombre del niño

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

