

Información para Casos de Emergencia

I. Información sobre la familia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Dirección del niño: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina de la madre: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina del padre: _____ Teléfono: _____

II. Nombre del las personas autorizadas para sacar al niño del establecimiento *(No se permitirá que el niño salga del establecimiento con ninguna persona que no tenga una autorización escrita del padre o del guardián.)*

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

III. Otras personas que se pueden llamar en caso de emergencia para que saquen al niño del establecimiento

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV. Médico que se debe llamar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

V. Número de Medi-Cal _____ Nombre del seguro médico _____

Número del seguro médico _____

VI. Alergias u otros problemas médicos _____

VII. Permiso para tratamiento médico (Los procedimientos administrativos para proporcionar cuidados médicos en la ausencia de los padres varían entre el personal médico y entre los hospitales. Deberá verificarse con anticipación cuál es el procedimiento exacto que usa el doctor o el hospital que atenderá al niño en caso de emergencia.)

En caso de accidente o de alguna emergencia, autorizo a un empleado de la agencia que lleve a mi niño al médico que se indica más arriba o a la sala de emergencia del hospital más cercano para que se le proporcione el tratamiento necesario o se tomen las medidas necesarias para la seguridad y la protección del niño. Yo pagaré por los servicios.

Firma _____ Fecha _____

Developing innovative programs to serve the special needs of young children and their families.

3325 Wilshire Blvd Ste 1100 • Los Angeles, CA 90010

Phone: (213) 427-2700 • Fax: (213) 427-2701

INFORMACIÓN DE FAMILIA

Indique los nombres de todos los **adultos** que actualmente viven en su hogar:

<i>Nombres:</i>	<i>Relación a usted:</i>	<i>Relación con sus hijos:</i>
1. _____	_____ Usted _____	_____ Padre _____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Indique los nombres de todos los **niños** que actualmente viven en su hogar:

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

Declaro que soy (Marque uno):

Un hogar de **padre/madre soltero/a**.

Un hogar de **dos padres**. El nombre del otro padre/madre: _____.

ACUERDO DE DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE Y INFANTIL

MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE:

[] Actualmente estoy recibiendo \$ _____ al mes por pensión alimenticia.

[] **No** recibo ninguna pensión alimenticia.

MANUTENCIÓN INFANTIL:

[] Actualmente estoy recibiendo \$ _____ al mes para la manutención infantil

[] **No** recibo ningún apoyo de niño.

Declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información en esta declaración es verdadera, correcta y completa.

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

Programas Subvenidos por CDE

Nombre del Padre/Madre: _____

Las categorías indicadas abajo incluyen preocupaciones comunes dentro de la familia. Marque [] **SI** si le gustaría recibir información de alguno de estos temas. Marque [] **NO** si no necesita información o no está interesado/a en el tema en este momento:

Educación	[] Si	[] No	Asistencia para jóvenes	[] Si	[] No
Servicios de salud	[] Si	[] No	Servicios legales	[] Si	[] No
Consejeros de familia	[] Si	[] No	Asistencia financiera	[] Si	[] No
Violencia domestica	[] Si	[] No	Vivienda	[] Si	[] No
Servicios de prevención	[] Si	[] No	Necesidades especiales	[] Si	[] No
Asistencia de emergencia	[] Si	[] No	Información general	[] Si	[] No

¿Su familia está experimentando falta de vivienda? _____

¿Necesita recursos para encontrar una vivienda permanente? _____

¿Está recibiendo servicios de otras agencias de servicios sociales? _____

¿Se siente apoyado por los servicios proporcionados por Pathways LA y otras agencias? _____

Si no, ¿qué necesita para sentirse apoyado usted y su familia? _____

¿Qué ha podido lograr al tener servicios de cuidado de niños con Pathways LA? _____

¿Qué actividades le gusta hacer en familia? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su familia? _____

¿Qué áreas pueden ser fortalecidas? _____

¿Es el inglés el primer idioma de su hijo? [] Si [] No, si no, ¿cual es? _____

¿Comunicara su preferencia de idioma a su proveedor/a? [] Si [] No

Personalmente, ¿qué meta le gustaría alcanzar este año? _____

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

STAFF USE ONLY:

Follow-up needed? [] Yes [] No Referrals given: _____

Observations: _____

Pathways Representative Initials: _____

HOJA DE CALCULO DE INGRESOS

SECCION A: Total de Ingresos Contables por Mes

(Completado por el padre)

	Fuente de Ingreso	Padres A	Padre B
1	Salarios brutos / Salario / Propinas	\$	\$
2	Ingresos brutos de empleo por cuenta propia, (excluyendo gastos de negocio), con la excepción de los sorteos salariales		
3	Anticipos / Comisiones / Bonos (si es solo por una vez, divida la cantidad por un período de doce meses).	\$	\$
4	Asignaciones para vivienda o automóviles proporcionados como parte de compensación		
5	Asistencia Pública (CalWORKs o TANF)	\$	\$
6	Beneficios de discapacidad		
7	Beneficios de desempleo	\$	\$
8	SSI / SSP Federal	\$	\$
9	Compensación del trabajador	\$	\$
10	Pensión matrimonial compensatoria (incluyendo asistencia financiera para vivienda o pagos para automóvil).	\$	\$
11	Sustento de menores/manutención de hijos (incluyendo asistencia financiera para vivienda o pagos para automóvil)	\$	\$
12	Beneficios de sobreviviente (SSA) o de jubilación	\$	\$
13	Dividendos, interés de bonos, ingresos procedentes de herencias o fideicomisos, los ingresos netos de alquiler o regalías	\$	\$
14	Renta recibida por una habitación dentro de la residencia familiar	\$	\$
15	Porción de becas o subsidios estudiantiles no identificados con fines educativos como matrícula, libros o suministros		
16	Pagos de guarda, pagos o subsidio para ropa, para niños colocados a través de los servicios del bienestar infantil		
17	Asistencia financiera recibida para el cuidado de un niño/a viviendo con un adulto que no es su padre/madre biológico o adoptivo		
18	Pensión de veteranos	\$	\$
19	Pensiones o anualidades	\$	\$
20	Herencia o arreglo judicial sobre sueldos perdidos o daños punitivos	\$	\$
21	Ingresos netos de la venta de bienes raíces, acciones, o propiedades heredada	\$	\$
22	Ganancias de lotería o juego	\$	\$
23	Otro (no incluya estampillas de alimentos)	\$	\$
24	Sub total de Ingresos Brutos Mensuales	\$	\$
25	Excluya tarifas familiares/costos por cuidado infantil/pensión alimenticia pagada para otros niños		
26	Si el padre recibe ingresos de SSI / SSP, estos ingresos serán excluidos. Por lo tanto, el ingreso mensual/bruto de los padres es \$ 0.00. Sin embargo, si cualquier otro individuo (por ejemplo, un niño) recibe SSI / SSP, el SSI / SSP la cantidad será excluida del Ingreso mensual/bruto del padre. Declaro que actualmente estoy recibiendo SSI / SSP por _____.		
27	Ingreso Mensual Total Contable		

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California que la información en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

 Firma de Padre

 Fecha

 Firma del representante de la agencia

 Fecha

Parent Letter 85% Exit Threshold Notification

Fecha: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Estimado/a _____

Basado en la directiva del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), durante certificación inicial usted es elegible por ingresos si sus ingresos mensuales son menos que o permanecen al nivel 85 por ciento del ingreso mediano del estado, ajustado por el tamaño de su familia. Seguirá siendo elegible por ingresos durante la etapa de certificación y en recertificación hasta que sus ingresos sean iguales o más que el 85 por ciento del ingreso mediano del estado cuando es ajustado por el tamaño de su familia. En la tabla hacia abajo localice el número que representa el tamaño de su familia para verificar los máximos ingresos mensuales que usted puede ganar para seguir siendo elegible para servicios. Es su obligación reportar aumentos en sus ingresos si exceden el umbral de 85 por ciento. Su firma indica que esta fue revisada y usted entiende las implicaciones.

Tamaño De la Familia	Máximo Ingreso Mensual por Familia	Máximo Ingreso Anual por Familia
1-2	\$6,008	\$72,096
3	\$6,842	\$82,104
4	\$7,941	\$95,292
5	\$9,211	\$110,532
6	\$10,482	\$125,784
7	\$10,720	\$128,640
8	\$10,958	\$131,496
9	\$11,196	\$134,352
10	\$11,435	\$137,220
11	\$11,673	\$140,076
12	\$11,911	\$142,932

Table 1. Lista de Techos de Ingresos (85 por ciento SMI) para recertificación

Firma

Fecha

INFORMACION ESCOLAR DEL NIÑO

AÑO ESCOLAR ____-____

Specialista: __

NOMBRE DEL CASO:

POR FAVOR SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. Indique información escolar para cada uno de los niños que estén recibiendo servicios.
2. Entregue una copia del calendario escolar actual y horario de campana (bell schedule) o horario de aprendizaje en línea junto con esta forma.
3. Escriba su nombre y el de su Especialista en todos los documentos que entregue.
4. Recuerde que es su responsabilidad reportar cualquier cambio escolar. No hacerlo puede afectar el reembolso de su proveedor.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ DISTRITO: _____

DIRECCION: _____

El niño/a participara (marque una casilla): Solo en línea En línea y en persona (horario mixto) Solo en persona

HORARIO DIARIO: _____ DIA CORTO: _____ L M M J V

CICLO ESCOLAR (si aplica): _____ HORA DE SALIDA: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ DISTRITO: _____

DIRECCION: _____

El niño/a participara (marque una casilla): Solo en línea En línea y en persona (horario mixto) Solo en persona

HORARIO DIARIO: _____ DIA CORTO: _____ L M M J V

CICLO ESCOLAR (si aplica): _____ HORA DE SALIDA: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ DISTRITO: _____

DIRECCION: _____

El niño/a participara (marque una casilla): Solo en línea En línea y en persona (horario mixto) Solo en persona

HORARIO DIARIO: _____ DIA CORTO: _____ L M M J V

CICLO ESCOLAR (si aplica): _____ HORA DE SALIDA: _____

Pólizas Sobre Búsqueda de Empleo

Si los servicios de cuidado infantil son requeridos durante búsqueda de empleo: Cada padre es elegible por no más de 12 meses. Horas de cuidado infantil mientras un padre/madre busca empleo serán limitadas a 5 días por semana máximo (Lunes a Viernes) y por menos de 30 horas por semana.

Como un padre/madre necesitando cuidado infantil para buscar empleo:

(Sus iniciales)

□

_____ 1. Comprendo que puedo utilizar el cuidado infantil durante este periodo de certificación solo con el propósito de buscar empleo, completar solicitudes de empleo, asistir a entrevistas de empleo, u otras actividades razonables y necesarias para obtener empleo.

_____ 2. Puedo dar información voluntariamente sobre los cambios que resulten en un aumento en el nivel de mis servicios de cuidado infantil.

_____ 3. Comprendo que el cuidado infantil, con el propósito de buscar empleo, no puede exceder los días aprobados y está limitado a menos de 30 horas a la semana (Lunes a Viernes).

_____ 4. Comprendo que no puedo exceder ni el periodo de certificación ni los días y horas de cuidado infantil que han sido aprobados, y cuales están indicados en mi notificación de acción y mi acuerdo de padre.

_____ 5. Si estoy inscrito/a en el programa de GAIN, entiendo que quizás sea necesario que mi trabajador/a de GAIN apruebe todas mis actividades, incluyendo búsqueda de empleo, antes de que Pathways pueda aprobar mis servicios de cuidado infantil.

_____ 6. Comprendo, aún más, que no podre alterar los términos de mi acuerdo de búsqueda de empleo sin previa autorización de Pathways.

Certifico que he recibido y que entiendo las pólizas sobre búsqueda de empleo de Pathways.

Nombre del padre/madre

Firma del padre/madre

Fecha

Declaración Sobre Mi Búsqueda de Empleo

Nombre del padre/madre: _____

Usted ha solicitado cuidado infantil durante su búsqueda de empleo. Servicios para el cuidado infantil durante su búsqueda de empleo serán aprobados por no más de 12 meses y por menos de 30 horas por semana (lunes a viernes). Su especialista repasará y aprobará horas adecuadas para el cuidado infantil, mientras busca empleo. Por favor responda a las preguntas indicadas para describir su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo.

1.) Por favor indique la fecha de inicio de su Búsqueda de Empleo: _____

2.) ¿Cómo harás tu búsqueda de trabajo? (Por ejemplo: buscar sitios web, reunirse con empleadores): _____

3.) ¿Qué posición o tipo de posición buscará? (Por ejemplo: asistente médico, minorista, etc.): _____

4.) ¿Dónde buscará empleo? (Por ejemplo: usar computadoras en la biblioteca, colegios comunitarios y / o ferias de empleo): _____

Por favor indique las horas que los servicios serán necesarios:

	de:	a:
lunes	am/pm	am/pm
martes	am/pm	am/pm
miércoles	am/pm	am/pm
jueves	am/pm	am/pm
viernes	am/pm	am/pm

Favor de marcar esta casilla si su horario de búsqueda de empleo será en un horario variable (Lunes-Viernes).

Declaro, bajo pena de perjurio, que estaré buscando empleo y que la información arriba y cualquier otra información y documentación que he presentado a Pathways LA sobre mi elegibilidad para buscar empleo, es correcta y verdadera, a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____



COMPROBANTE DE RECIBO DEL MANUAL DE PADRES

INTRODUCCIÓN

El Manual de Padres de Pathways LA (Edición 7/2019) contiene descripciones de programas y requisitos de elegibilidad y participación. Lea el manual entero y contacte a su Especialista si tiene alguna pregunta. Firme este comprobante de recibo y envíelo por correo electrónico a childcare@pathwaysla.org. También puede utilizar el Portal Familiar o entregarlo en persona/enviarlo por correo a:

Pathways LA
Attn: División CDE
3325 Wilshire Blvd, Ste 1100
Los Angeles, CA 90010

CONTACTO

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todos los que correspondan.

Teléfono: (____) _____ - _____ Texto: (____) _____ - _____
 Correo electrónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL PARTICIPANTE

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Manual de Padres de Pathways LA (Edición 7/2019). Estoy de acuerdo en familiarizarme con su contenido, buscar la aclaración de cualquier pregunta y adherirme a todas las reglas y reglamentos establecidos. Reconozco específicamente que tengo claro reconocimiento de las siguientes pólizas, procedimientos y/o divulgaciones:

_____ Confidencialidad Pg 8	_____ Suspensión de Servicios Pg 37
_____ Fraude Pg 10	_____ Terminación por Incumplimiento Pg 37
_____ Tipos de Cuidado Infantil Pg 16	_____ Apelaciones y Audiencias Justas Pg 39
_____ Acceso Ilimitado al Niño Pg 18	_____ Uso del Servicio Inconsistente Pg 45
_____ Proveedores Contratistas Independiente Pg 18	_____ No Uso del Servicio Pg 46
_____ Cambio de Proveedor Pg 19	_____ Cuota Familiar Pg 48
_____ Tabla del 85% del SMI Pg 33	_____ Copago Pg 50
_____ Notificación de Cambios Pg 35	_____ Cuidado Infantil para Niños de Edad Escolar
_____ Procedimiento de Recertificación Pg 36	_____ Otras Tarifas Pg 51

Además, entiendo que Pathways LA me notificará de cualquier actualización de póliza por escrito, y que tengo la obligación de revisar esas pólizas cuando se me proporcionen para continuar mi participación en un programa de Pathways LA.

_____	_____	_____
Nombre del Padre/Tutor (impresión)	Firma del Padre/Tutor	Fecha

OFFICE USE ONLY Received on: ____/____/____ Via: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email Verified on: ____/____/____ Case Specialist Name (Print): _____ Case Specialist Signature: _____

Siempre puede acceder al manual para padres de Pathways LA en línea en:
https://pathwaysla.org/wp-content/uploads/2020/07/PTHandbook_Span_OnlineVersion_2019.pdf