

## 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	<b>Sub total de Ingresos Brutos Mensuales</b>	\$	\$
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	<b>Ingreso Mensual Total Contable</b>		

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: \_\_\_\_\_

# Declaración Sobre Mi Empleo por Cuenta Propia

## Como padre necesitando cuidado infantil para mi empleo por cuenta propia:

(Iniciales del padre/madre)



\_\_\_\_\_ 1. Autorizo a Pathways a verificar toda información sobre mi empleo por cuenta propia, incluyendo pero no limitado a, mis horas de empleo, mi sueldo, mi periodo de pago, la posibilidad de horas extras, propinas, o compensación adicional.

\_\_\_\_\_ 3. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Pathways si los ingresos de mi familia excedan el 85% del Ingreso Mediano del Estado dentro de 30 días. También puedo informar voluntariamente cambios que resulten en un cambio positivo en mi nivel de servicio, como un aumento en mis horas de trabajo, o la disminución de mis ingresos que resultará en una reducción de mi cuota familiares.

\_\_\_\_\_ 4. Comprendo que es mi responsabilidad de proporcionar información correcta sobre mis ingresos, a Pathways. Esto incluye, pero no es limitado a, talones de cheques, lista de clientes y cantidad pagada por los clientes, declaración de impuestos más reciente, completa y firmada, declaración trimestral de impuesto, u otros récords que comprueben el ingreso que he reportado.

\_\_\_\_\_ 5. Comprendo que debo entregar información sobre mis ingresos durante mi recertificación anual, durante cualquier actualización de mi aplicación, o cuando Pathways determine que sea necesario.

\_\_\_\_\_ 6. Aparte de los ingresos de mi empleo por cuenta propia, también debo reportar y entregar comprobantes de todos mis otros ingresos como asistencia pública, pagos extra (prima/bonificación), sustento de menores, pensión matrimonial compensatoria, etc.

\_\_\_\_\_ 7. Seré obligado a presentar una combinación de documentación para establecer mi elegibilidad por ingresos, incluyendo pero no limitado a, una carta de la fuente del ingreso, declaración de impuestos más recientes, completa y firmada, declaración de su ingreso estimado para sus impuestos, y/u otros récords de su negocio, libro mayor, recibos, registros de su negocio, etc.

\_\_\_\_\_ 8. Seré obligado a presentar verificación de mi empleo por cuenta propia y Pathways tiene el derecho de verificar toda información entregada, como registro de citas, recibos de clientes, registro de empleos, registro de millas, lista de clientes con información de contacto, copia de licencia de negocios, contrato de arrendamiento del área de trabajo, o acuerdo de renta del área de trabajo, etc.

\_\_\_\_\_ 9. Pathways puede contactar a mis clientes, revisará mis cuentas de banco, y/o confirmará información en mi anuncio o página Web para poder verificar mis ingresos y necesidad para el cuidado infantil.

Entiendo que falta de cumplir con las reglas del programa o los términos de este acuerdo de empleo por cuenta propia resultará en la negación inmediata de mis servicios del cuidado infantil en cual caso seré completamente responsable por pagar todos los costos de mi cuidado infantil. Adicionalmente, entiendo que no puedo alterar los términos de este acuerdo sin previa aprobación escrita de Pathways y que Pathways reserva el derecho a requerir información adicional sobre mi empleo por cuenta propia.

**He leído y comprendo completamente y acepto los términos de ésta póliza para padres empleados por cuenta propia.**

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_

# Declaración Sobre Mi Empleo por Cuenta Propia

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Tipo de empleo (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Fecha del inicio del empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_, si la dirección varía indique aquí

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Describa su empleo (por favor sea específico):

---



---



---

**Por favor estime los días y las horas que trabaja por semana:**

Los días y horas de mi trabajo varían.

**Días:** Trabajo de \_\_\_\_\_ (mínimo) a \_\_\_\_\_ (máximo) días por semana.

**Horas:** Trabajo de \_\_\_\_\_ (mínimo) a \_\_\_\_\_ (máximo) horas por semana.

Los días y horas de mi trabajo son fijos:

	De:	A:
domingo	am/pm	am/pm
lunes	am/pm	am/pm
martes	am/pm	am/pm
miercoles	am/pm	am/pm
jueves	am/pm	am/pm
viernes	am/pm	am/pm
sábado	am/pm	am/pm

Entiendo que puede ser obligado a presentar información adicional para verificar mi empleo por cuenta propia. Autorizo a Pathways a obtener información considerada necesaria para comprobar las horas y días de mi empleo por cuenta propia, incluyendo pero no limitado a, comunicación con mis clientes y/o mi arrendador.

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

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Para Uso de Oficina Solamente [For office use only]:**

[ ] Approved [ ] Denied

Supporting Documentation (mark all that apply)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appointment Logs | <input type="checkbox"/> Client Contact List (verified on _____)           |
| <input type="checkbox"/> Client Receipts  | <input type="checkbox"/> Business License                                  |
| <input type="checkbox"/> Job Logs         | <input type="checkbox"/> Workspace Lease (verified on _____)               |
| <input type="checkbox"/> Mileage Logs     | <input type="checkbox"/> Workspace Rental Agreement<br>(verified on _____) |

I attest that the necessary information was collected, reviewed, and verified. The days/hours requested per week are reasonable based on the documentation provided. The criteria set forth by CDE for self-employment have been met.

Program Specialist: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Program Manager: \_\_\_\_\_





## 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](mailto: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

<b>OFFICE USE ONLY</b> 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](https://pathwaysla.org/wp-content/uploads/2020/07/PTHandbook_Span_OnlineVersion_2019.pdf)