

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: _____

POLIZAS PARA PADRES ESTUDIANTES

Padres estudiantes pueden recibir cuidado infantil durante el tiempo que asisten a la escuela o a un entrenamiento vocacional, por un periodo limitado. Las horas de aprobación para el cuidado infantil serán basadas en las horas de las clases actuales del padre/madre estudiante. Padres estudiantes deben verificar su entrenamiento/escuela *antes* de que el cuidado infantil pueda ser aprobado.

Comenzando el primer de julio del 2008, servicios para el cuidado infantil están limitados a un máximo de seis años desde la fecha que un padre/madre comenzó a recibir servicios del cuidado infantil para la escuela o un máximo de 24 unidades después de completar su certificado de bachillerato (Bachelor's degree), lo que ocurra primero. Para continuar recibiendo servicios del cuidado infantil, padres estudiantes deben demostrar progreso satisfactorio, y deben de cumplir con todos los otros requisitos del programa.

Como padre o madre solicitando servicios de cuidado infantil para mis clases o entrenamiento vocacional, entiendo que:

(Iniciales de padre/madre)



_____ 1. Debo entregar una verificación de escuela /entrenamiento firmada por la oficina de registración para verificar las horas de clase o entrenamiento. Prueba de la registración a la escuela o instituto puede ser aceptada por un tiempo limitado pero debo entregar una verificación de entrenamiento oficial, firmada y sellada por la escuela o instituto de entrenamiento antes de la fecha indicada por mi especialista. Formas no serán aceptadas si:

- Han sido alteradas o no aparecen ser validas
- Las horas y los días de clase no han sido completados correctamente
- No he firmado la forma o la forma no ha sido firmada/sellada por la oficina de registración de mi colegio o por el director de la institución de entrenamiento.
- El ultimo día del semestre no está indicado claramente en la verificación

_____ 2. Horas o días que excedan el periodo de mi certificación o las horas anotadas en la *Notificación de acción*, no serán pagadas sin previa autorización de Pathways

_____ 3. El cuidado de niños, por motivos de estudio/entrenamiento, serán autorizados por un periodo máximo de seis años de la fecha de aprobación inicial de los servicios de cuidado infantil como estudiante (comenzando 7/1/08) o un máximo de 24 unidades o su equivalente después de recibir el bachillerato (Bachelor's degree), lo que ocurra primero. No se deducirá tiempo por períodos para los cuales yo reciba servicios de cuidado infantil por otras actividades, como empleo, o períodos de inelegibilidad para el cuidado de niños.

_____ 4. Para comprobar progreso satisfactorio hacia mí meta profesional/vocacional, debo entregar mis calificaciones durante mi recertificación, que será no menos de 12 meses. Pathways puede requerir que se le envíen una copia oficial de mis calificaciones directamente y/o puede verificar cualquier información que haya sido entregada.

Desarrollando programas innovadores para el servicio de niños pequeños con necesidades especiales y sus familias

3325 Wilshire Blvd Ste 1100 ● Los Angeles, CA 90010 ● Phone: 213-427-2700 ● Fax: 213-427-2701



_____ 5. Progreso satisfactorio será definido como un promedio de 2.0 o mejor, por semestre, en un programa calificado o pasar los requisitos en al menos el 50% de las clases en un programa no calificado. Si mi promedio cae por debajo de esta norma, seré puesto en un periodo de prueba por no menos de 12 meses después de mi recertificación. Si después del período probatorio mi progreso sigue siendo insatisfactorio, mis servicios de cuidado infantil serán terminados. Además, no seré elegible para los servicios de cuidado infantil, por un periodo de 6 meses a partir de la fecha de terminación.

_____ 6. Pathways no aprobará servicios para el cuidado infantil para el mismo curso mas de una vez (clases repetidas) si es por haber fallado la clase anteriormente o por calificación insatisfactoria.

_____ 7. Debo reportar todo tipo de ayuda financiera que recibo de la escuela (préstamos, becas, programas de empleo para estudiantes, etc.) Si soy un estudiante de EOP también debo de reportar toda información acerca de beneficios para los veteranos, seguro de desempleo o empleos de medio tiempo.

_____ 8. Podre solicitar horas adicionales de cuidado infantil para estudiar. Seré elegible para dos horas, por semana, por unidad académica. No seré elegible para tiempo de estudiar para cursos no-académicos.

_____ 9. Para cursos en Internet o cursos de instrucción por televisión que tienen unidades académicas, seré otorgado una hora por semana, por unidad académica, como tiempo de clase. Tendré que entregar una copia del currículo o documentación adicional referente a la clase, para todos los cursos en Internet.

_____ 10. Entiendo que el grupo de acreditación de la institución, deberá estar entre los reconocidos por el Departamento de Educación de los Estados Unidos.

Esto es para verificar que he recibido una copia de la *Póliza para padres estudiantes* y que me han informado sobre mis obligaciones como padre estudiante.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (OFFICE USE ONLY)

Progress/GPA: _____

Date Child Care for Training Began: _____

Date Child Care for Training Will Expire: _____

Notes: _____

Specialist Signature: _____

**VERIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN:
 PADRE, MADRE O CUIDADOR/A QUE ASISTE
 A LA ESCUELA O RECIBE LA CAPACITACIÓN**

Escriba la información en letra de imprenta o a máquina.

FECHA

INSTRUCCIONES

Para determinar si el niño/a es elegible para recibir servicios de desarrollo infantil, se requiere que el padre, madre o cuidador/a realice lo siguiente:

1. Complete toda la información solicitada.
2. Una vez completo, envíe este formulario a la escuela u organización donde se recibirá la capacitación o educación.
3. Solicite al secretario/a (o a su representante) que verifique el plan de capacitación descrito firmando y sellando este formulario.
4. Devuelva este formulario a la agencia que proporcionará los servicios de desarrollo infantil dentro de dos semanas.

AGENCIA		
Pathways		
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A (apellido y nombres)		Nº DE TELÉFONO ()
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN DONDE SE RECIBE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN		N.º DE TELÉFONO ()
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE INICIO DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FIN ESTIMADA DE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN
OBJETIVOS PROFESIONALES O VOCACIONALES		

PROGRAMA DE CLASES (si corresponde)

	DÍA	HORA	N.º DE SALÓN	NOMBRE DEL CURSO	UNIDADES
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A	FECHA
FIRMA Y SELLO DEL SECRETARIO/A DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN	FECHA

Solicitud de tiempo para estudiar

Nombre del padre: _____

Número de caso: _____

Fecha de inicio del Semestre/Trimestre: _____

Fecha final del Semestre/Trimestre: _____

Número total de unidades en las que se matriculó: _____

Los padres inscritos en una actividad de entrenamiento aprobada son elegibles para recibir servicios de cuidado de niños para tener tiempo para estudiar. Si decide solicitar horas de tiempo para estudiar, por favor indique abajo el/los día/días y las horas que está solicitando.

De acuerdo con las regulaciones del programa, Título 5 18087(k)(2), el tiempo para estudiar, incluyendo clases en el Internet e instrucción en televisión puede ser solicitada por un período de hasta dos horas por semana por cada unidad académica en la que el padre esté inscrito.

El tiempo para estudiar debe ser aprobado por escrito por un especialista del programa. Las horas serán aprobadas en base a la razonabilidad del horario solicitado, hasta el máximo permitido.

Yo, _____, estoy solicitando tiempo para estudiar durante los siguientes periodos:

	DÍA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Por favor marque este cuadro si sus horas de tiempo para estudiar tendrán un horario variable.

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

Firma_____
Fecha



Solicitud de Tiempo de Transporte

Nombre: _____ Numero de Caso: _____

Para poder asistirle mejor con su cuidado de niños, necesitamos la siguiente información:

Titulo 5 18086(e)(1)-Tiempo de transportación del lugar del cuidado de niños al lugar de empleo, no puede sobrepasar la mitad del número total de horas que el padre trabaja por día, con un máximo de cuatro horas por día.

Titulo 5 18087(k)(1)- Tiempo de transportación del lugar del cuidado de niños al lugar de entrenamiento, no puede sobrepasar la mitad del número total de horas que el padre está en entrenamiento por semana, con un máximo de cuatro horas por día.

Domicilio de proveedor: _____
domicilio

ciudad código postal

(si hay más de uno, indique):

ciudad código postal

Domicilio de actividad:

ciudad código postal

Su método de transportación (circule):

Carro Autobús Tren Camino Otro: _____

La cantidad de tiempo de transporte que de proveedor a actividad: _____ minutos (cada dirección)

La cantidad de tiempo de transporte que de actividad a proveedor: _____ minutos (cada dirección)

Por favor indique porque necesita esta cantidad de tiempo de transporte:

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

Firma: _____

Fecha: _____

Uso de Oficina Solamente:

Travel time was verified via: ___ Google Maps ___ Metro.net ___ Other: _____

Amount of travel time granted: _____ minutes **to** activity _____ minutes **from** activity _____

I attest this travel time is reasonable and therefore approve it: Staff initials: _____ Date: _____

Desarrollando programas innovadores para el servicio de niños pequeños con necesidades especiales y sus familias

3325 Wilshire Blvd Ste 1100 ● Los Angeles, CA 90010 ● Phone: 213-427-2700 ● Fax: 213-427-2701



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