



Check this box if address and/or phone is different from last year.

REGISTRATION FORM

(Please type or print clearly all information requested on both sides of this form)

<input type="checkbox"/> Intra/Inter on File	<input type="checkbox"/> Restraining Order on File	OFFICE USE ONLY		First Enrolled in District	<input type="text"/>
Address Verification: <input type="checkbox"/>		Immunization Verification: <input type="checkbox"/>	Birthdate Verification: <input type="checkbox"/>	Enrollment Date	<input type="text"/>
Transfer from School: _____		Home Language Survey: <input type="text"/>		Drop Date	<input type="text"/>
Address: _____				Date Records Received:	<input type="text"/>

School: _____ Grade: _____ Teacher: Student I.D.#

Student Name: _____
First Middle Last

Address: _____ Apt. # _____

City: _____ Zip: _____ Home Phone # _____

Birthdate: / / Mo. Day Year Place of Birth: _____/_____/_____
City State Country Sex: _____ M/F

WHAT IS YOUR CHILD'S ETHNICITY? (Please check one): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Primary Race (Please check one):

<input type="radio"/> American Indian or Alaskan Native	<input type="radio"/> Cambodian	<input type="radio"/> Guamanian	<input type="radio"/> Japanese	<input type="radio"/> Other Asian	<input type="radio"/> Tahitian
<input type="radio"/> Asian Indian	<input type="radio"/> Chinese	<input type="radio"/> Hawaiian	<input type="radio"/> Korean	<input type="radio"/> Other Pacific Islander	<input type="radio"/> Vietnamese
<input type="radio"/> Black/African American	<input type="radio"/> Filipino	<input type="radio"/> Hmong	<input type="radio"/> Laotian	<input type="radio"/> Samoan	<input type="radio"/> White

Secondary Race (Please check one or more, if applicable):

<input type="radio"/> American Indian or Alaskan Native	<input type="radio"/> Cambodian	<input type="radio"/> Guamanian	<input type="radio"/> Japanese	<input type="radio"/> Other Asian	<input type="radio"/> Tahitian
<input type="radio"/> Asian Indian	<input type="radio"/> Chinese	<input type="radio"/> Hawaiian	<input type="radio"/> Korean	<input type="radio"/> Other Pacific Islander	<input type="radio"/> Vietnamese
<input type="radio"/> Black/African American	<input type="radio"/> Filipino	<input type="radio"/> Hmong	<input type="radio"/> Laotian	<input type="radio"/> Samoan	<input type="radio"/> White

NAME OF PERSON(S) WITH WHOM STUDENT LIVES (Parent or Legal Guardian):

[1] _____	[2] _____
Relationship: _____	Relationship: _____
Home Address: _____	Home Address: _____
City: _____ Zip: _____	City: _____ Zip: _____
Home Phone #: _____ Cell # _____	Home Phone #: _____ Cell # _____
Employer: _____	Employer: _____
Address: _____	Address: _____
Work Phone #: _____	Work Phone #: _____
Email: _____	Email _____

Names of Brothers and Sisters:	M/F	School	Birthdate
_____	_____	_____	____ ____ ____
_____	_____	_____	____ ____ ____
_____	_____	_____	____ ____ ____

Babysitter: _____ Phone#: _____
First Last

Student is currently under expulsion. Effective Dates: _____

Student previously enrolled in **Special Education**? Yes No Speech? Yes No

Student previously identified **504**? Yes No Where: _____
School _____ District _____

Contacts: *Important!* Contacts Listed Below Are Authorized To Pick Up Your Student

1. _____
Name Relationship to child Phone #

2. _____
Name Relationship to child Phone #

3. _____
Name Relationship to child Phone #

Health / Medical / Consent Information:

In the event of an EMERGENCY involving my child, _____ I authorize Yuba City Unified School District (YUCUSD) staff to arrange for any necessary emergency medical/surgical treatment or procedure on my behalf.

If emergency contacts are not available, ALL emergencies will be transported to Rideout Hospital Emergency. (The district/school does not assume responsibility for medical expenses.)

Name of Doctor: _____

Please note any specific health problems: _____

Please list medications taken, if any: _____

Allergic to Foods? Yes No If so what? _____

Allergic to Medications? Yes No If so what? _____

Allergic to Bee Stings? Yes No EpiPen Req'd? Yes No Explain: _____

Surgeries? Yes No Explain: _____

Serious Illnesses? Yes No Explain: _____

Physical Limitations? Yes No Explain: _____

Wears Glasses/Contacts? Yes No Worn: All the time Reading Distance

Hearing Problems? Yes No Explain: _____

PLEASE NOTE: State law requires that all students have a completed immunization record upon registering at any school.

Parents' Highest Level of Education: Not a high school graduate High school graduate

Some college (includes AA Degree) College Graduate Graduate School or Post Graduate training Decline to state or unknown

Publication and Media Release:

Yes, my child may be interviewed or photographed for publication, media outlets, websites and school publications.

No, my child may not be interviewed or photographed for non school publication.

If available, in what language do you prefer communications from the school be sent?

English Spanish Punjabi Other

Health Care Coverage Notification

Your child and family may be eligible for free or low-cost health coverage. For information about health care coverage options and enrollment assistance, contact Sutter County at 1-877-652-0735 or go to www.CoveredCA.com.

Student Handbook and Legal Notifications

I have received and understand it is my responsibility to read the Student Handbook and Legal Notifications, which includes the Internet Policy.

Date: _____

Signature of Parent or Legal Guardian (required):

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF STUDENT INFORMATION TO AND FROM PRESCHOOL AGENCIES

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of personally identifiable student information between your child's preschool, Yuba County Office of Education, California Department of Education, and First 5 California, as set forth below, consistent with California and Federal laws concerning the privacy of such information. If you consent to disclosure of information as described herein, please fill out, sign and return this form to: **YCUSD Child Development Programs.**

USE AND DISCLOSURE INFORMATION RELATED TO:

Student Name: _____
Last First MI Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize the above named Student's preschool, YCUSD Child Development Programs, and Yuba County Office of Education and/or First 5, 935 14th Street, Marysville, CA 95901, to exchange information regarding the above named Student with CA Department of Education and First 5 CA. The information is exchanged for program evaluation purposes and for preschool, programming and service planning. The exchange of information is a condition on which funding for the preschool program is provided to and Yuba County Office of Education and/or First 5. The information will be exchanged between your child's preschool, Yuba County Office of Education, California Department of Education, and First 5 CA for the purpose of providing safe, appropriate, and least restrictive education settings and quality preschool health services and programs.

Requested information shall be limited to the following: your child's ethnicity, primary language and results from Screening Tools: ASQ-3 and ASQ-SE/Developmental Assessment: DRDP-PS/Special Needs (IEP)

DURATIONS

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ or one year from today.
Date

RESTRICTIONS ON RE-DISCLOSURE

California law prohibits the requestor from making further or additional disclosure of private information to another third party unless the requestor obtains another authorization from you, or the disclosure is specifically required or permitted by law.

YOUR RIGHTS

You have the following rights with respect to this authorization, and affirm you understand them in signing this release form. You may revoke this authorization at any time by submitting written revocation signed by you or your representative and delivered to the agency/persons listed above. Your revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the requestor or others have acted in reliance on this authorization. You have the right to receive a copy of this authorization.

Signing this authorization may be required in order for this student to obtain appropriate/additional specialized support services in the educational setting.

Approval: _____
Printed Name Signature Date

Relationship to Student Area Code and Telephone Number

I do not give permission to use my child's information.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Ó LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA Y DEPARTE DE AGENCIAS PREESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de estudiante personalmente identificable entre el preescolar de su hijo/a, a la Oficina de Educación del Condado de Yuba y First 5 de California, y el Departamento de Educación de California como esta descrito abajo, consistente con California y las leyes Federales concerniente a la privacidad de dicha información. Si usted esta de acuerdo con la divulgación de información descrita en este documento, firme y regrese esta forma a: **YCUSD Child Development Programs.**

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante:

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
----------	---------------	---------	---------------------

Yo, el suscrito, por la presente autorizo al preescolar del estudiante nombrado arriba, YCUSD Child Development Programs, y a la Oficina de Educación del Condado de Yuba, y/o First 5 935 14th Street, Marysville, CA 95901, para proveer información referente al estudiante nombrado arriba con la , First 5 CA, y el Departamento de Educación de California. La información es intercambiada para el propósito de la evaluación del programa y del preescolar, programación y planeamiento de servicios. El intercambio de información es una condición para que el financiamiento del programa preescolar sea provisto a la Oficina de Educación del Condado de Yuba, y First 5. La información será intercambiada entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Yuba, First 5 CA, y el Departamento de Educación de California con el propósito de proveer un ambiente educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo y apoyo de salud como parte del preescolar de calidad.

La información requerida está limitada a lo siguiente: El origen étnico, idioma primario y los resultados de encuestas de desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE / la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS / Necesidades Especiales (IEP).

VENCIMIENTO

Esta autorización será efectiva inmediatamente y se mantendrá en efecto hasta el _____ ó dentro de un año a la fecha.

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información mas allá de lo acordado o la divulgación adicional de información privada a un tercer partido a menos que el solicitante obtenga otra forma de autorización de su parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y afirma entenderlos al firmar esta forma de consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una revocación por escrito, firmada por usted o por su representante, y enviada a la agencia(s)/personal mencionados arriba. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Es necesario firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir servicios apropiados/especializados adicionales en el ambiente educativo.

Aprobación:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Relación de parentesco con el estudiante

Área y número de teléfono

No doy permiso de usar información de mi hijo.

Dear YCUSD Child Development Parents:

The YCUSD Child Development Programs are participating in the Keys to Quality, a Quality Rating and Improvement System (QRIS). Our programs are committed to quality and QRIS is a means for us to further improve our practice according to state and national experts in the field of early childhood education.

The Keys to Quality initiative is managed by the Child Care Planning Council of Yuba & Sutter Counties and funded by the California Department of Education, Sutter County Children & Families Commission, First 5 Yuba, and First 5 California. This partnership is committed to eliminating the achievement gap by providing high-quality early education experiences to children.

The purpose of the Quality Rating and Improvement System is to build an effective system for delivering high quality early learning experiences to children and families that:

- Utilizes well-qualified teachers and staff with specialized training in early childhood education.
- Provides eager young learners with academic and social skills that prepare them to be successful students in kindergarten.
- Utilizes research-based learning foundations that are developmentally appropriate and set goals specific to individual needs.
- Builds trusting relationships with families by respecting and supporting home language, exchanging information about the child, and engaging families in classrooms.
- Includes children with special needs.

We are committed to high quality practices that exceed the state's licensing standards. The Quality Rating and Improvement System will continue to support us in this work and help us to connect with additional services in our community that promote the health and well-being of children and their families.

If you have any questions about the Keys to Quality initiative, please call us at (530)822-5235 .

Sincerely,

Fawn Ueberschaer
Director
YCUSD Child Development Program

Querido YCUSD Child Development Padres:

El distrito de YCUSD Child Development Programs está participando en Keys to Quality, Evaluación de Calidad y un Sistema de Mejorar (QRIS). Nuestros programas están comprometidos a la calidad y QRIS es un medio para nosotros para mejorar aún más nuestra práctica según los expertos estatales y nacionales en el campo de la educación infantil.

Las Keys to Quality initiative es administrado por el Child Care Planning de los condados de Yuba y Sutter y financiados por el Departamento de Educación de California, Sutter County Children and Families Commission, First 5 Yuba, y First 5 California. Esta asociación se ha comprometido a eliminar la brecha en el rendimiento al proporcionar experiencias de educación temprana de alta calidad a los niños.

El propósito de la Evaluación de Calidad y Sistema de Mejorar es construir un sistema efectivo para la entrega de experiencias de aprendizaje temprano de alta calidad a los niños y las familias que:

- Utiliza los maestros y el personal bien calificados con información especializada en la educación infantil.
- Proporciona los jóvenes estudiantes con las habilidades académicas y sociales que los preparan para ser estudiantes exitosos en el Kinder.
- Utiliza bases de aprendizaje que son apropiadas para el desarrollo y establece metas específicas a las necesidades individuales.
- Construye relaciones de confianza con las familias mediante el respeto y el apoyo a la lengua materna, el intercambio de información sobre el niño, y la participación de las familias en las aulas.
- Incluye a niños con necesidades especiales.

Estamos comprometidos con las prácticas de alta calidad que superen las normas de licencia del estado. Keys to Quality, Evaluación de Calidad y un Sistema de Mejorar (QRIS) nos continuarán a apoyar en este trabajo y nos ayuda a conectar con los servicios adicionales en nuestra comunidad que promueven la salud y el bienestar de los niños y sus familias.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la iniciativa Keys to Quality, por favor llámenos al (530)822-5235

Sinceramente,

Fawn Ueberschaer
Director
YCUSD Child Development Program

CHILD’S PREADMISSION HEALTH HISTORY - PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE REPORT

CHILD’S NAME	SEX	BIRTHDATE
PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE NAME		DOES PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE LIVE IN HOME WITH CHILD?
PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE NAME		DOES PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE LIVE IN HOME WITH CHILD?
IS / HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN?		DATE OF LAST PHYSICAL/ MEDICAL EXAMINATION

DEVELOPMENTAL HISTORY *(*For infants and preschool-age children only)*

WALKED AT* _____ MONTHS	BEGAN TALKING AT* _____ MONTHS	TOILET TRAINING STARTED AT* _____ MONTHS
----------------------------	-----------------------------------	---

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

	DATES		DATES		DATES
<input type="checkbox"/> Chicken Pox		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Epilepsy		<input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever		<input type="checkbox"/> Whooping Cough		<input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Hay Fever		<input type="checkbox"/> Mumps			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HOW MANY IN LAST YEAR?	LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF
--	------------------------	---

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ / HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
_____ MESES	_____ MESES	_____ MESES

ENFERMEDADES PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (<i>Rubeola</i>)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (<i>Rubella</i>)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

DAILY ROUTINES (*For infants and preschool-age children only)

WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*	WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?*	DOES CHILD SLEEP WELL?*	
DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*	WHEN?*	HOW LONG?*	
DIET PATTERN: (What does child usually eat for these meals?)	BREAKFAST		
	LUNCH		
	DINNER		
WHAT ARE USUAL EATING HOURS?	BREAKFAST		
	LUNCH		
	DINNER		
ANY FOOD DISLIKES?		ANY EATING PROBLEMS?	
IS CHILD TOILET TRAINED?*	IF YES, AT WHAT STAGE:*	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*	WHAT IS USUAL TIME?*
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*		WORD USED FOR URINATION*	
PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE EVALUATION OF CHILD'S HEALTH			

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHAT KIND:

PARENT/ AUTHORIZED REPRESENTATIVE EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENT / AUTHORIZED REPRESENTATIVE, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

DATE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA / TEMOR / NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE).

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

**Yuba City Unified School District
Child Development Programs**



**discovering the
joy of learning...**

PARENT NOTIFICATION: REQUIREMENT TO REPORT INCOME OVER 85% THRESHOLD

Our records indicate that your family’s basis for eligibility is income. The regulations require a family to report when their income exceeds the exit threshold. The income ceilings are based on family size and a family’s adjusted gross income (Income before taxes). Effective July 1, 2019 the exit thresholds are as follows:

Family Size	Gross Monthly Income	Gross Annual Income
1-2	\$5,343	\$64,120
3	\$5,802	\$69,620
4	\$6,719	\$80,623
5	\$7,794	\$93,522
6	\$8,869	\$106,422
7	\$9,070	\$108,841
8	\$9,272	\$111,259
9	\$9,473	\$113,678
10	\$9,675	\$116,096
11	\$9,876	\$118,516
12	\$10,078	\$120,934

If and when my adjusted monthly gross income exceeds \$_____ for my family size of _____, I will notify YCUSD Child Development Programs within 30 calendar days. My signature below acknowledges that I understand the requirement to report income that exceeds the exit threshold.

Printed Name

Signature

Date

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

_____ TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

_____, THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD
NAMED ABOVE.

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

_____ DATE

_____ PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

HOME ADDRESS

HOME PHONE
()

WORK PHONE
()

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____ SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____ DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA
()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO
()

CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.

Licensing Office Name: DSS - Community Care-Licensing Chico Office

Licensing Office Address: 520 Cohasset Road, Suite 6, Chico, CA 95926

Licensing Office Telephone #: (530) 895-5033

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of _____, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

YCUSD Child Development Programs

Name of Child Care Center

Signature (Parent/Authorized Representative)

Date

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to www.meganslaw.ca.gov

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: DSS - Community Care - Licensing Chico Office

Dirección de la oficina de licenciamiento: 520 Cohasset Road Suite 6, Chico, CA 95926

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (530) 895-5033

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

YCUSD Child Development Programs

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

PERSONAL RIGHTS

Child Care Centers

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
 - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
 - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
 - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
 - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
 - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
 - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

Note: Parent's copies of LIC 631A and LIC 995 are provided in the Parent handbook.

NAME

Department of Social Services Community Care Licensing

ADDRESS

520 Cohasset Road, Suite 6

CITY

Chico, CA

ZIP CODE

95926

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

530-895-5033

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

PLACE IN CHILD'S FILE

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

YCUSD Child Development Programs

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

445 Bernard Dr. Yuba City, CA 95991

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

DERECHOS PERSONALES**Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

Note: Parent's copies of LIC 631A and LIC 995 are provided in the Parent handbook.

NOMBRE

Department of Social Services Community Care Licensing

DIRECCIÓN

520 Cohassett Road, Suite 6

CIUDAD

Chico, CA

CÓDIGO POSTAL

95926

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(530) 895-5033

SEPRE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

YCUSD Child Development Programs

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

445 Bernard Dr. Yuba City, CA 95991

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

Dear Parent or Guardian

The Healthy School Act of 2000 requires that all schools provide parents or guardians of the students with annual written notification of expected pesticide use on school sites. The notification will identify the active ingredient or ingredients in each pesticide product and will include the Internet address (www.ycusd.k12.ca.us/maintenance) for further information on pesticides and their alternatives.

Parents or guardians may request prior notification of the individual pesticide applications at the school site. People listed on this registry will be notified at least 72 hours before pesticides are applied. If you would like to be notified every time pesticide is applied, please complete and return the form below and mail it to:

**YCUSD-Maintenance
1512 Stewart Road
Yuba City, CA 95993**

If you have any questions, please contact the YCUSD Maintenance Department at (530) 822-5252

Richard Putnam
YCUSD Supervisor of Maintenance

Request for Individual Pesticide Application Notification

I understand that, upon request, the school district is required to supply information about individual pesticide applications at least 72 hours before application. I would like to be notified before each pesticide application at this school:

I would prefer to be contacted by (check One): U.S. Mail _____ E-Mail _____ Phone _____

Please print neatly:

Name of Parent/Guardian _____ Date: _____

Address: _____

Day Phone:() _____ Evening Phone:() _____

E-Mail _____ School Name: _____

Return to: **YCUSD-Maintenance
1512 Stewart Road
Yuba City, CA 95993**

Estimado Padre o Tutor

El Acto de Escuela Saludable de 2000 requiere que todas las escuelas le proveen a los padres o tutores de los estudiantes una notificación anual del uso de pesticidas en los sitios escolares. La notificación va a identificar el ingrediente activo o ingredientes en cada producto de pesticida y va a incluir la dirección de internet (www.ycusd.org/maintenance) para poder obtener información adicional sobre los pesticidas y otras alternativas.

Los padres o tutores pueden solicitar notificación anterior de las aplicaciones de pesticidas individuales en el sitio escolar. Las personas anotadas en este registro van a ser notificados por lo menos 72 horas antes de que se apliquen las pesticidas. Si le gustaría ser notificado cada vez que apliquemos una pesticida, favor de completar y entregar el formulario a continuación y envíelo a:

YCUSD-Maintenance
Atención: Richard Putnam
1512 Stewart Road
Yuba City, CA 95993

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con Richard Putnam en el Departamento de Instalaciones/Mantenimiento al (530) 822-5252.

Atentamente,

Richard Putnam
Distrito Escolar Unificado de Yuba City
Mantenimiento/Instalaciones

Solicitud para la Notificación de la Aplicación de Pesticidas Individuales

Yo comprendo que, al solicitarlo, el distrito escolar es requerido suministrar información sobre la aplicación de pesticidas individuales por lo menos 72 horas antes de su aplicación.

Me gustaría ser notificado antes de la aplicación de pesticidas en esta escuela:

Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____
Dirección: _____
Teléfono de Día: () _____ Teléfono por la Tarde: () _____
Correo Electrónico _____ Nombre de la Escuela: _____

Entréguela a:

YCUSD Maintenance
Atención: Richard Putnam
1512 Stewart Road
Yuba City, CA 95993