



Maureen & Craig Sullivan Youth Center
801 Jessie Street San Francisco, CA. 94103
(415) 863-1141 ~ Fax: (415) 863-1114

Summer Day Camp 2024 Contract / Contrato de pago del programa de verano

Child's name/Nombre del niño/a _____

Parent's name/Nombre del padre o madre _____

Parent's Email Address/correo electrónico: _____

My child will be part of the free lunch program: YES/Si NO
Mi hijo/a participara en el dia de libre lunche

Please enroll my child in the following sessions:/Por favor, enlista mi hijo/a en los sesiones siguientes:

- Session 1: June 10th – June 28th (closed June 19th)
- Session 2: July 1st – July 19th (closed July 4th & 5th)
- Session 3: July 22nd – August 9th

A STANDARD LATE FEE of \$25 WILL BE APPLIED IF SESSION FEES ARE NOT PAID BY THE FRIDAY BEFORE OR THE MONDAY OF THE SESSION START DATE

Registration Fee/Cuota de registraci3n

I hereby agree to and accept the above program fee payment terms, conditions, and policies. I understand that these fees are based upon verification of my total household income and income from all other sources, and as such are true and correct. I also understand that failure to comply with this agreement as well as failure to pay any fees due promptly and in full, according to the payment due date established at the time of registration, will result in termination of registration, legal action, or both.

Yo acepto y estoy de acuerdo con las tarifas arriba mencionadas. Entiendo que estas cuotas se basan en la verificaci3n que proveo de mis entradas en su totalidad, que son correctas y verdaderas. Tambi3n entiendo que como pena por no seguir los t3rminos de este contrato y/o de los pagos asignados como tambi3n de no hacer los pagos en las fechas estipuladas en el momento de registraci3n, se dar3 por terminada la registraci3n, se podr3 iniciar una acci3n legal 3 ambas.

Signature of parent or guardian/Firma del padre o guardi3n

Date/Fecha

Participant's Information/Información del niño/a:

Full name of child/nombre y apellidos _____

Address/ _____ City/ _____ Zip/ _____
Dirección ciudad zona postal

Date of Birth/ _____ Age/ _____ Grade/ _____ School/ _____
Fecha de nacimiento edad grado escuela

Parent's Information/Información del padre o madre:

Name/nombre _____ Relationship/relación _____

Telephone/teléfono:

Home/casa _____ Work/trabajo _____ Other/otra _____

Name/nombre _____ Relationship/relación _____

Telephone/teléfono:

Home/casa _____ Work/trabajo _____ Other/otra _____

Alternate emergency contact/Otra persona que podamos llamar en caso de emergencia:

Name/nombre _____ Relationship/relación _____

Telephone/teléfono:

Home/casa _____ Work/trabajo _____ Other/otra _____

Alternate pick-up person(s)/Otra(s) persona(s) que puede recoger al niño:

Please list any other persons whom you authorize to pick up your child (your child will not be released to anyone not listed)/Por favor, incluir en esta hoja todas las personas autorizadas a recoger a su niño (no se dará su niño a ninguna persona sin autorización)

1. Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____

Telephone: Home/Casa _____ Work/Trabajo _____

2. Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____

Telephone: Home/Casa _____ Work/Trabajo _____

3. Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____

Telephone: Home/Casa _____ Work/Trabajo _____

Important—Please read and sign/Importante—por favor lea y firme:

As the parent, agency representative, or legal guardian, I hereby give consent to Maureen & Craig Sullivan Youth Center to provide all emergency dental or medical care prescribed by a duly licensed physician (M.D.) or dentist (D.D.S.) for my child. This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb, or wellbeing of my dependent.

_____ (signature)

En calidad de padre, madre, representante de agencia o guardián legal, yo doy mi consentimiento a Maureen & Craig Sullivan Youth Center para que provea cuidado médico o dental prescrito por un profesional licenciado y competente. Este cuidado debe ser dado en cualquier circunstancia que lo requiera, para salvar la vida, una parte del cuerpo o para asegurar el bienestar de mi dependiente.

_____ (firma)

Parents, please read and sign the following/Padre's por favor lea y firme lo siguiente:

Does participant have any physical, psychological, emotional, or medical problems such as allergies, hyperactivity, attention deficit disorder, diabetes, epilepsy, asthma, etc?

Tiene su hijo algún problema de origen médico o emocional del que nosotros deberíamos tener conocimiento (e.g., alergias, diabetes, hiperactivo/a, epilepsia, asthma, etc?)

YES/Si NO

If yes, please describe/Si es así, por favor explique _____

In the event that my child requires or is placed on any medication, or is placed in treatment/therapy for a physical, psychological, or emotional problem that arises at some later date, I agree to immediately notify CCCYO-Maureen & Craig Sullivan Youth Center in writing. *I also authorize CCCYO-Maureen & Craig Sullivan Youth Center to contact any therapist, social worker, teacher, resource specialist, or representative of other social service agencies involved with my child when needed.*

En el evento de que mi hijo/a requiera o se le recomiende tener un tratamiento/terapéutica por algún problema de origen físico ó emocional, o si algunos de estos problemas se manifestarán en cualquier otra ocasión mientras el niño/a esté en nuestro cuidado, me comprometo a notificarlo inmediatamente al CCCYO-Maureen & Craig Sullivan Youth Center y por escrito. *También autorizo a CCCYO-Maureen & Craig Sullivan Youth Center para que pueda contactar maestros, terapeutas, y otros profesionales que trabajan con mi hijo/a cuando sea necesario.*

Signature/firma

Date/fecha

Child Care is Dependent On You... Child care is conditional, *never* permanent

Every child that is admitted to Maureen & Craig Sullivan Youth Center is considered to be on a **probationary status** for the **first two weeks** of service of the Summer Program. If at any time during this period it is deemed by the Maureen & Craig Sullivan Youth Center staff that Maureen & Craig Sullivan Youth Center is not the appropriate place for your child for whatever reason, we reserve the right to terminate service immediately. Please note that the \$50.00 registration fee is a **non-refundable fee**. **Session fees for the Summer Program are non refundable if services are terminated during any session.** If you commit to any session, by signing this contract, we are reserving space for your child/ren and you are responsible to pay regardless if your child/ren comes or not.

The most common reasons for losing child care are:

1. Fraudulent information regarding:
 - a. Marital status
 - b. Date(s) of income increase(s)
 - c. Employment information
2. Not calling the staff when your child is absent
3. Bringing your child to child care when the child is sick
4. Overuse of vacation days and/or excessive unexcused absences
5. Not keeping to the program hours
6. Uncooperative attitude of parents with child care staff

El Cuidado del Niño Depende de Ud.... El cuidado del niño es condicional, *nunca* permanente

Todos los niños que se admite en nuestro programa, se considera en **período probatorio** por las dos primeras semanas de servicio del programa del verano. Si en algún momento de dicho período las autoridades de Maureen & Craig Sullivan Youth Center consideran que este programa no es el lugar indicado para el niño/a se procederá a terminar inmediatamente la registración en nuestro programa. Observe por favor que el honorario de registro \$50.00 es un honorario **no-reembolsable**. Los honorarios de la sesión para el programa del verano son no reembolsables si los servicios se terminan durante cualquier sesión. Si usted confía a cualquier sesión, firmando este contrato, estamos reservando el espacio para su niño/s y usted es responsable pagar cuate lo que cuate si viene su niño/s o no.

Las razones más comunes por las que se pierde el cuidado del niño son:

1. Dar información fraudulenta en relación a:
 - a. Estado marital
 - b. Fecha(s) de aumento(s) de ingresos
 - c. Información de empleo
2. No llamar al personal cuando su niño no asiste al programa
3. Traer al niño cuando está enfermo
4. Excederse en los días de vacaciones y/o tener demasiado ausencias sin excusas
5. No cumplir con las horas de programa
6. Los padres no cooperan con las recomendaciones del personal sobre el comportamiento

I have read and understand the above/Yo lo he leído y entendido

Signature/firma

Date/fecha

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

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* _____ MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS* _____ MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* _____ 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 (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubella)	
<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
---	-----------------------------------	---

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?* <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
¿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

¿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



PERMISO DEL PADRE O GUARDIÁN PARA PASEO DURANTE EL PROGRAMA DE VERANO

Doy permiso para que mi hijo asista a todas las excursiones de Centro de Maureen y Craig salidas durante del programa de verano escolar incluyendo pero no limitado a lo siguiente:

- SF Bay Area Museums (Academy of Sciences, Asian Art Museum, Exploratorium, etc...)
- SF Botanical Gardens
- East Bay Regional Swim Parks (Lake Don Castro & Cull Canyon Lake)
- Koret Children's Playground

Yo entiendo que si mi hijo se convierte en un problema de comportamiento en una excursión que él / ella puede ser suspendido de cualquier futuros viajes de campo durante su / su tiempo en el programa de verano.

(Nombre de Estudiante: Por favor Print)

tiene mi permiso para participar en todas las excursiones durante del programa de verano.

Meta de Transportacion Ida y Volver :

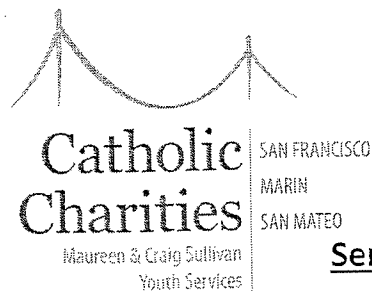
- en un autobus de escuela
 caminando

PADRES, POR FAVOR: Sección 35330, del Código de Educación de California en parte: "Todas las personas que hacen el viaje de campo se considerará que ha renunciado a todas las demandas contra los Joven Club, o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurren durante o con motivo de la excursión o paseo. "el fracaso del estudiante para cumplir con las reglas puede resultar en el estudiante sea enviado a casa a expensas del padre / guardianes. excursiones recreativas son voluntarios y un privilegio; estudiante puede quedarse en casa a petición del padre / guardianes. Viajes de estudio académico durante el año académico son muy recomendables para que el estudiante asista. El estudiante puede quedarse en casa a petición de uno de los padres / guardianes.

ACEPTACIÓN DE RIESGO: Por la firma en adelante, el padre / guardian renuncia de responsabilidad contra la escuela y reconoce que el viaje y su actividad (s) pueden exponer al estudiante a un daño potencial incluyendo lesiones o la muerte.

X _____
Firma Autorizada del Padre/Guardian

* Si una actividad produce efectos adversos o se considera inaceptable de acuerdo con las normas profesionales vigentes, se suspendió.



Servicios de acceso a las redes sociales.

Re: Permiso de uso

M&CSYC, respetara el derecho de cada familia para decidir el acceso a las redes por parte de sus niños.

Los maestros y administradores del Programa de Desarrollo infantil en Maureen & Craig Sullivan Youth Center, están convencidos de que usando las redes sociales en forma supervisada, la educación de sus niños se verá beneficiada. Al mismo tiempo, respetamos a los padres o tutores legales de los participantes de nuestros programa entendiendo que son ellos, los que tienen la última palabra y poder de decisión, en este importante aspecto del desarrollo de sus hijos.

Es la intención de este programa el poner a disposición de los niños esos servicios, para poder enriquecer el conocimiento y poder alcanzar los objetivos educacionales de nuestros participantes, siempre y cuando las familias nos den la debida autorización.

PARENT OR GUARDIAN

Yo.....

Padre o guardián legal de:.....

Entiendo los procedimientos que el programa Maureen & Craig Sullivan Center, usa para permitir el uso de i-pads, computadoras y acceso a las redes sociales. Y también entiendo que de ese modo, se trata de construir una mejor educación para mi hijo. Por ello mediante esta nota autorizo a mi hijo a participar en estas actividades supervisadas por adultos y nombradas en este escrito

Firma del padre o Guardia legal: _____ Fecha: _____

Soporte de Comportamiento y Reconocimiento de Gestión



Caridades Catolicas promueve una cultura de respeto, sanacion y comportamiento positivo. El personal tiene un objetivo de prevenir situaciones de crisis mientras atiende a clientes de diversos origenes. Todas las políticas, prácticas y procedimientos de la agencia cumplen con los requisitos reglamentarios y legales, federales, estatales y locales.

La violencia hacia otros clientes, personal, guardias de seguridad, voluntarios o visitantes nunca es tolerada y resultará en la expulsión del programa. Se desarrollarán planes de manejo y apoyo individual de conducta según sea apropiado. Se espera que el personal del programa esté familiarizado con el plan de comportamiento de cada cliente.

Apoyo al comportamiento y las intervenciones de la gerencia son siempre verbales a menos que se especifique lo contrario en un manual de capacitación específico del programa. Cuando se enfrentan a un comportamiento agresivo o creciente, los miembros del personal intentarán técnicas de desescalamiento no físicas para desactivar la situación. Se prestará atención inmediata a la eliminación de otras personas de la zona.

La política de Caridades Católicas prohíbe enfoques y acercamientos negativos al comportamiento gerencial en todos sus servicios, incluyendo los siguientes:

- castigo corporal;
- el uso de estímulos aversivos y / o terapias ;
- intervenciones que implican retener la nutrición o la hidratación y / o infligir dolor físico o psicológico;
- el uso de lenguaje humillante, vergonzoso o degradante y actividades de intimidación;
- uso injustificado de procedimientos o actividades invasivas como acción disciplinaria;
- restricciones innecesariamente punitivas incluyendo la restricción del contacto con la familia como una acción disciplinaria;
- ejercicio físico forzado para eliminar comportamientos;
- asignaciones de trabajo punitivas;
- castigo por los compañeros;
- castigo colectivo o disciplina para el comportamiento individual; y
- restricciones químicas.

Se prohíbe estrictamente el uso de intervenciones de gestión del comportamiento restrictivo por parte de los destinatarios del servicio, sus compañeros o cualquier persona que no sea un personal calificado y capacitado. La organización también prohíbe:

- uso excesivo o inapropiado de intervenciones de manejo de conductas restrictivas como forma de disciplina, cumplimiento o para la conveniencia del personal; y
- el uso de intervenciones de manejo de conductas restrictivas en respuesta a daños a la propiedad que no impliquen peligro inminente para sí mismo o para otros.

Firma requerida (ver abajo)

Programa/Fecha

_ Cliente _ Guardian_ Personal del Programa _ Voluntario

Firma del Testigo: Empleado de Caridades Catolicas Programa

Firmado/Recibido

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:

NOMBRE

COMMUNITY CARE LICENSING

DIRECCIÓN

801 TREAGER AVENUE SUITE 100

CIUDAD

SAN BRUNO

CÓDIGO POSTAL

94066

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

650-266-8843

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)

MAUREEN & CRAIG SULLIVAN YOUTH CENTER

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

801 JESSIE STREET

(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)



COMUNICADO PARA USO DE FOTOGRAFIA Y/O VIDEO
IMAGE Y PERSONAL INFORMACION PARA
EFECTOS DE EDUCATIONAL PUBLICIDAD
PARA CARIDADES CATOLICAS

Me dar de Caridades Católicas u a su agentes, mi consentimiento para utilizar para fines educativos o publicidad cualquier fotografías, gradado en video imágenes o otras imágenes hechas de mi niño, o consentimiento para entrevistas con un representante de Caridades Católicas. Entiendo que tengo el derecho a solicitar que se retendrá mi nombre o cualquier otra información específica. Renunciar a todas las reclamaciones de indemnización por tal uso o por daños y perjuicios. Comprendo y de acuerdo en que estas imágenes pueden utilizarse por Caridades Católicas solo col fines promocionales, incluyendo la agencia impreso material, sitio web, videos y arte de pared.

Nombre de Padres: _____

Nombre de Niño: _____

Firma: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") 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 tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas 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 el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. 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: COMMUNITY CARE LICENSING
Dirección de la oficina de licenciamiento: 801 TREAGER AVENUE SUITE 100
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: 650-266-8843
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN 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 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles 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 LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS. Maureen & Craig Sullivan Youth Center
Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

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

LIC 995A (SP) (8/08)