

GALENA PARK INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT PEP CHILD CARE CENTER STUDENT REGISTRATION PACKET CHECK LIST 2017-2018

<i>Transportation needed: Yes / No</i>	<i>Student Name:</i>			
<i>Requirements</i>	<i>Item Received</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Date Received</i>	<i>Reason for Delay</i>	<i>Received By Initials</i>
<i>Transportation Request (office use)</i>		__/__/__		
<i>PEP Center Emergency Contact Form</i>		__/__/__		
<i>PEP Center Student Application Form</i>		__/__/__		
<i>PEP Services Return to Home Campus Form</i>		__/__/__		
<i>PEP Parental Permission to Take Pictures Form</i>		__/__/__		
<i>PEP Early Head Start Waiting List Form</i>		__/__/__		
<i>PEP Center Nutritional Intake Form</i>		__/__/__		
<i>Consent for Release of Confidential Information</i>		__/__/__		
<i>Admission Information (3 Pages)</i>		__/__/__		
<i>Current Immunization Records</i>		__/__/__		
<i>Current Medicaid Letter</i>		__/__/__		
<i>GPISD Application for Free & Reduced Meals</i>		__/__/__		
<i>Workforce Solutions Application Eligibility</i>		__/__/__		
<i>Workforce Solutions Parent Agreement Form</i>		__/__/__		
<i>Workforce Solutions Complaint Form</i>		__/__/__		
<i>Birth Certificate</i>		__/__/__		
<i>Social Security Cards (Mother, Father & Child)</i>		__/__/__		
<i>(2) Recent Check Stubs</i>		__/__/__		
<i>Proof of Residence</i>		__/__/__		
<i>Proof and/or Verification of Child Support</i>		__/__/__		
<i>Student Demographics (office use)</i>		__/__/__		
<i>Parent Handbook Acknowledgement</i>		__/__/__		
<i>Discipline/Guidance Policy</i>		__/__/__		
<i>UWBB – Program Evaluation Participation</i>		__/__/__		
<i>THRIVE Referral Form</i>		__/__/__		

If you have any questions, please contact the PEP Child Care Center at (832) 386-3760

**Distrito Escolar Independiente de Galena Park
14705 Woodforest Blvd.
Houston, TX 77015
832-386-1000**



**Centro de Cuidado Infantil P.E.P.
Manual del Padre de Familia
2017 - 2018**

Se proporcionarán servicios de cuidado infantil en:
1906 2nd St.

Galena Park, TX 77547
Oficina: (832) 386-3760

Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson – Asistente de la Directora del Programa PEP
Traci Casiano – Secretaria

*Acreditado por la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños
(NAEYC, por sus siglas en inglés)
Centro Certificado 4 Estrellas por Texas Rising Star (TRS)*



Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2^{na} St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN PARA DEJAR SALIR AL NIÑO

Nombre del niño: _____ Nombre del Padre: _____
Primer nombre Inicial del segundo Apellido

Domicilio: _____ Tel: _____
Código Postal

Nombre del contacto: _____
Primer nombre Inicial del segundo Apellido(s)

Parentesco con el niño: _____

Domicilio: _____
Calle Apto. #

Ciudad Estado Código Postal

Trabajo: () _____ Casa: () _____ Mensaje: _____

Idioma(s) que habla: Materno: _____ Segundo: _____

Habilidad para hablar inglés: Muy buena Buena No tan buena No habla inglés (solo marque una)

Nombre del contacto: _____
Primer nombre Inicial del segundo Apellido(s)

Parentesco con el niño: _____

Domicilio: _____
Calle Apto. #

Ciudad Estado Código Postal

Trabajo: () _____ Casa: () _____ Mensaje: _____

Idioma(s) que habla: Materno: _____ Segundo: _____

Habilidad para hablar inglés: Muy buena Buena No tan buena No habla inglés (solo marque una)



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2^{na} St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL ESTUDIANTE PARA EL CENTRO PEP

Nombre: _____ Raza: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de Graduación Anticipada _____

Domicilio: _____ CP: _____

Tel. en casa: _____ Celular: _____

Circule uno: Soltero Casado Unión Libre Divorciado

Padre/Tutor Legal: _____

Tel. en casa: _____ Tel. Celular: _____

Persona(s) con la(s) que vive el estudiante _____

Idioma(s) que habla:

Materno _____

Segundo _____

Método de transporte de ida y vuelta al Centro de Cuidado Infantil PEP:

____ Transporte de PEP

____ Yo mismo/Padre

____ Caminar

¿Trabaja? _____ Empleador _____



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2nd St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

FORMULARIO DE SERVICIOS PEP AL REGRESAR A LA ESCUELA A LA QUE PERTENECE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha en la que se espera regresar a la escuela a la que pertenece: _____

RECHAZO LOS SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

_____ No necesitaré los servicios de cuidado infantil cuando regrese a la escuela.

Mi hijo será cuidado por _____ Parentesco _____

Firma: _____ Fecha: _____

ACEPTO LOS SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

_____ Necesitaré los servicios de cuidado infantil cuando regrese a la escuela.

Firma: _____ Fecha: _____



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2nd St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

FORMULARIO DE PERMISO DEL PADRE DE FAMILIA PARA TOMAR FOTOS

Estimado Padre de familia de PEP:

El Centro de Cuidado Infantil PEP desea obtener el permiso del padre de familia para tomarle fotos a su/s hijo/s para ser usadas en el salón de clases y/o agregarlas a la presentación de nuestro Programa PEP que se expondrá a los miembros de la Mesa Directiva de Galena Park ISD y a cualquier otra organización que solicite una presentación del Centro de Cuidado Infantil PEP.

Necesitamos su permiso para tomar fotos a su/s hijo/s. Por favor marque una de las siguientes cajas si da su permiso para que el Centro de Cuidado Infantil PEP le/s tome fotos a su/s hijo/s.

- Doy mi permiso para que a mi hijo _____ le tomen fotos en el Centro para el uso del salón de clases del Centro de Cuidado Infantil PEP.
- Doy mi permiso para que a mi hijo _____ le tomen fotos en el Centro para agregarlas a la presentación del Programa PEP que se expondrá a los miembros de la Mesa Directiva de Galena Park ISD y a cualquier otra organización que solicite una presentación del Centro de Cuidado Infantil PEP solamente para propósitos educativos.
- Yo NO doy** mi permiso para que a mi hijo _____ le tomen fotos por ninguna razón en el Centro de Cuidado Infantil PEP .

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2nd St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

PETICIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA DE EARLY HEAD START

ES OBLIGATORIO PARA TODOS LOS ESTUDIANTES DE PEP LLENAR ESTE FORMULARIO.
SE DEBE TOMAR ACCIÓN NO MÁS TARDE DE 3 DÍAS DE LA FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ ESTE
FORMULARIO.

Fecha en la que se recibió: _____

Esto es lo que debe decir cuando llame al Early Head Start:

“Mi nombre es _____. Soy estudiante de PEP y deseo que mi
hijo/a sea anotado/a en su lista de espera”.

Por favor asegúrate de preguntar el nombre de la persona con la que hablaste y de
anotar la información en los espacios en blanco de abajo. El número de teléfono de
Early Head Start (EHS) es 832-386-2000.

Nombre de la persona de EHS: _____

Fecha en la que llamé: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor regresa este formulario a la secretaria de PEP junto con el paquete de
solicitud al momento de la inscripción. Todos los documentos serán puestos en el
expediente de su hijo/a.



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2nd St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

FORMULARIO SOBRE INGESTA NUTRICIONAL DE ALIMENTOS

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Maestra: _____

Fórmula que usa actualmente para su bebé (0-11 meses de edad): _____

¿Cuántas onzas de leche toma su bebé cada vez que lo alimenta? _____

Otras bebidas (debe tener una nota del doctor): _____

En un día regular de 6:30 a.m. a 3:00 p.m. Por favor describa a continuación que tan a menudo toma leche su bebé e/o incluye comidas para bebé:

Hora: _____

Hora: _____

Hora: _____

Hora: _____

A mi hijo:

Le gusta: _____

No le gusta: _____

Es alérgico a: _____

Toma vitaminas/ suplementos: _____

Información adicional: _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____



*Distrito Escolar Independiente de Galena Park
Embarazo, Educación y Cuidado de los Hijos (PEP)
1906 2nd St. Galena Park, TX 77547
Sylvia Torres – Directora del Programa PEP
Juanita Hanson –Asistente de la directora de PEP*

Traci Casiano – Secretaria Teléfono (832) 386-3760 Fax (713) 670-7157

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del niño _____ Fecha ___/___/___
Nombre del Padre/Tutor: _____ # de teléfono: _____

Le pedimos que autorice a la persona o agencia que se menciona a continuación para revelar registros específicos que contienen información confidencial en relación al niño/estudiante mencionado arriba para garantizar que las normas de licencia estatal sean cumplidas.

Nombre de la agencia/persona que hizo la solicitud _____
Dirección de la agencia/persona _____
Número de teléfono _____ # de Fax _____

Se solicita que la siguiente información sea revelada (marque todo lo que aplique):

- Autorización para asistir al Centro de Cuidado Infantil
- Registros de vacunación
- Reportes de operación
- Notas de progreso
- Resumen del alta por condición médica
- Recomendaciones para continuación de atención médica
- Examen/Exámenes físicos del niño del/de los _____
mes(es)
- Examen dental
- Otro (por favor anote): _____

Por favor envíe vía fax o por correo las copias a:

Attention: Nurse
1906 2nd St.
Galena Park, TX 77547
Office: 832 386-2028 Fax: 713 674-1449

Yo autorizo para que a la agencia/persona mencionada arriba se le revele y proporcione copias de la información marcada.

Comprendo que la información revelada por medio de esta autorización puede ser sujeta a ser revelada por la agencia/persona a otra entidad/persona y ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. Los empleados de esta agencia están liberados de cualquier responsabilidad legal por revelar la información antes mencionada a la medida indicada y autorizada aquí.

Esta autorización terminará/expirará 180 días de la fecha de la firma o antes si es mi decisión. Comprendo que yo puedo revocar por escrito esta autorización excepto la información que haya sido revelada antes de recibir la revocación.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha ___/___/___

Nombre de la entidad CENTRO DE CUIDADO INFANTIL PEP		Nombre de la directora SYLVIA TORRES	
Nombre del niño		Fecha de nacimiento	Teléfono de la casa del niño
Dirección de la casa del niño			
Fecha de admisión	Fecha de baja		
Nombre del padre o tutor		Dirección (si es diferente a la dirección del niño)	
Anote los teléfonos donde se puede localizar al padre o tutor cuando el niño está bajo el cuidado del Centro:			
Teléfono de la madre	Teléfono del padre	Teléfono del tutor	Teléfono celular
Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona a quién llamar en caso de una emergencia si no se puede localizar a los padres o al tutor:			Parentesco
Por medio de ésta autorizo que la entidad de cuidado infantil permita a mi hijo salir de la entidad SOLAMENTE acompañado de las siguientes personas. Por favor anote el nombre y el teléfono de cada persona. Se permitirá que el niño salga solamente con uno de los padres o con una persona designada por uno de los padres o el tutor, una vez que se haya revisado la identificación.			

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE: Por este medio doy no doy – permiso para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la entidad:

1. **TRANSPORTE:**
Camine a casa para atención de emergencia durante paseos de ida y vuelta a casa de ida y vuelta a la escuela

2. **PASEOS:** Por este medio doy no doy – permiso para que mi hijo participe en paseos:
Comentarios del padre:

3. **ACTIVIDADES EN EL AGUA:** Por este medio doy no doy – permiso para que mi hijo participe en actividades en el agua:
 en juegos con regaderas de jardín en chapoteaderos en albercas en la mesa para juegos con agua

4. **ACUSE DE RECIBO DE LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO POR ESCRITO.** Reconozco que he recibido las normas de funcionamiento de la entidad, entre ellas, aquellas relacionadas con la disciplina y la orientación.

5. **ENTIENDO QUE LAS SIGUIENTES COMIDAS SE LE SERVIRÁN A MI HIJO MIENTRAS SE ENCUENTRE BAJO CUIDADO DEL CENTRO:**
 Ninguna Desayuno Snack AM Almuerzo Snack PM Cena Snack después de cena

6. **MI HIJO SE ENCUENTRA NORMALMENTE BAJO CUIDADO LOS SIGUIENTES DÍAS Y HORARIOS:**

<input type="checkbox"/> Lunes	de:	a:	Viernes	de:	a:
<input type="checkbox"/> Martes	de:	a:	Sábados	de:	a:
<input type="checkbox"/> Miércoles	de:	a:	Domingos	de:	a:
<input type="checkbox"/> Jueves	de:	a:			

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:
En caso de que no puedan localizarme para hacer los arreglos necesarios para la atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada para llevar a mi hijo a:

Nombre del doctor: :	Dirección:	Teléfono:
Nombre del centro de atención médica de emergencia:	Dirección:	Teléfono:

Doy permiso para que esta entidad se asegure de que mi hijo reciba toda la atención médica de emergencia necesaria.

Firma de uno de los padres o del tutor legal

Haga una lista de todos los problemas especiales que su hijo tenga, como alergias, enfermedades existentes, enfermedades graves previas, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado para su uso continuo a largo plazo y cualquier otra información de la que deba estar enterado el cuidador:

"Según el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), las entidades de cuidado de niños durante el día son locales públicos. Si usted cree que una de estas entidades ha discriminado en violación del Título III, llame a la Línea de Información de ADA al 1-800-514-0301 (voz) o al 1-800-514-0383 (TTY)".

Firma de uno de los padres o del tutor legal

Fecha

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:

Mi hijo asiste a la siguiente escuela:

_____ Nombre y dirección de la escuela _____ Tel. de la escuela

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SEAN PERTINENTES:

Su tarjeta de vacunas está en los archivos de la escuela y todas las vacunas y pruebas de la tuberculosis necesarias están al día. También está en los archivos la historia de los exámenes de la vista y del oído.

Mi hijo tiene permiso de caminar de ida y vuelta a la escuela,
 viajar en autobús, y/o salir de la entidad bajo el cuidado de sus hermanos menores de 18 años.

Nombre de los hermanos: _____

REGISTRO DE VACUNAS:

He proporcionado a la guardería una copia del registro de vacunas más reciente de mi hijo.

REQUISITOS DE ADMISIÓN. Si su hijo no asiste a pre kinder o a la escuela fuera de la entidad de cuidado infantil, tiene que presentar uno de los siguientes cuando su hijo sea admitido a la entidad de cuidado infantil o dentro de una semana después de su admisión.

Por favor, marque sólo una opción:

1. **DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD DEL NIÑO DE UN PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA.** He examinado al niño mencionado anteriormente en el último año y lo encuentro capaz de tomar parte en el programa de cuidado infantil.

_____ Firma del profesional de atención médica _____ Fecha

2. Se ha adjuntado una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de atención médica.

3. El tratamiento y el diagnóstico médico están en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que sigo o pertenezco. He firmado, adjuntado y fechado la declaración jurada donde declaro esto.

4. Mi hijo fue examinado en el último año por un profesional de atención médica y puede participar en el programa de cuidado infantil. Dentro de los 12 meses después de la admisión, obtendré una declaración firmada de un profesional de atención médica y la presentaré a la entidad de cuidado infantil.

Nombre y dirección del profesional de atención médica: _____

_____ Firma de uno de los padres o del tutor legal _____ Fecha

VISTA	DER 20/ _____	IZQ 20/ _____	<input type="checkbox"/> SATISFACTORIA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE
FIRMA _____	FECHA _____		
OÍDO	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
DER			
IZQ			
	<input type="checkbox"/> SATISFACTORIA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE		
FIRMA _____	FECHA _____		

_____ Firma de uno de los padres o del tutor legal

_____ Fecha

REQUISITOS DE SALUD

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:

Edad ▶ Vacuna ▼	Al Nacer	1 Mes	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	15 Meses	18 Meses	19-23 Meses	2-3 Años	4-6 Años
Hepatitis B											
Rotavirus											
Difteria, Tétanos, Pertusis (tos Ferina)											
Haemophilus influenzae tipo B											
Pneumococcal											
Poliovirus (vacuna inactivada)											
Gripe											
Sarampión, paperas, rubéola											
Varicela											
Hepatitis A											
Meningococales											

PRUEBA DE TB (si se necesita)	<input type="checkbox"/> Positiva	<input type="checkbox"/> Negativa	Fecha: _____
---	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------

Firma o sello del doctor o personal que verificó la información anterior sobre la vacunación.

Firma	Fecha
-------	-------

Si su hijo ha sufrido varicela no tiene que recibir la vacuna. Si su hijo ha sufrido varicela complete la siguiente declaración: Mi hijo tuvo varicela más o menos el _____ y no necesita recibir la vacuna contra la varicela.

" _____ Fecha _____ "

Firma de uno de los padres	Fecha
----------------------------	-------

Estoy excluyendo a mi hijo de los requisitos de vacunación por razones de conciencia, como creencias religiosas. He adjuntado la forma con una declaración jurada firmada y notariada formulada y emitida por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. Entiendo que esta declaración jurada es válida por 2 años.

Para información adicional sobre las vacunaciones, comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud en www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm

Firma de uno de los padres o del tutor legal	Fecha
--	-------

Política de Disciplina y Normas del: Centro de Cuidado Infantil PEP Galena Park

Nombre de la localidad

- ◆ *La disciplina debe ser:*
 - (1) Individualizada y constante para cada niño/a;
 - (2) Apropiaada para el nivel de comprensión del niño/a; y
 - (3) Dirigida para enseñar al niño/a conducta aceptable y autocontrol.

- ◆ La persona que se encarga del cuidado de los niños puede usar solamente métodos de disciplina que animen la autoestima, el autocontrol y la independencia, los cuales incluyen por lo menos lo siguiente:
 - (1) Usar elogio y estímulo en la buena conducta en lugar de enfocarse solamente sobre la conducta inaceptable;
 - (2) Recordarle al niño/a que se espera de la conducta diaria usando afirmaciones claras y positivas;
 - (3) Volver a orientar la conducta usando afirmaciones positivas; y
 - (4) Usar una separación corta supervisada o tiempo fuera del grupo (*time out*), cuando es apropiado para la edad y desarrollo del niño/a, el cual está limitado a no más de un minuto por año de la edad del niño/a.

- ◆ No debe de haber un trato duro, cruel o inusual para ningún niño/a. Los siguientes tipos de disciplina y normas están prohibidos:
 - (1) Castigo corporal o amenaza de castigo corporal;
 - (2) Castigos asociados con la comida, siestas o entrenamiento para usar el baño;
 - (3) Pellizcar, sacudir o morder a un niño/a;
 - (4) Golpear a un niño/a con la mano o un instrumento;
 - (5) Poner cualquier cosa dentro o sobre la boca del niño/a;
 - (6) Humillar, ridiculizar, rechazar o gritar a un niño/a;
 - (7) Someter a un niño/a a un lenguaje rudo, abusivo o vulgar;
 - (8) Poner a un niño/a dentro de un cuarto, baño o closet oscuro y con llave; y
 - (9) Pedirle al niño/a que permanezca en silencio o inactivo por largos períodos de tiempo inapropiados para la edad del niño/a.

Código Administrativo de Texas, Título 40, Capítulos 746 y 747, Subcapítulos L, Disciplina y Consejería

Mi firma ratifica que he leído y he recibido una copia de esta política de disciplina y consejería.

Firma

Fecha

Por favor marque una:

Padre

Empleado/Cuidador

Miembro de la familia al cuidado del niño/a en la casa



United Way Bright Beginnings

A partnership of ExxonMobil and
United Way of Greater Houston

Estimado Padre de familia:

Su hijo/a actualmente asiste a un centro de cuidado infantil *United Way Bright Beginnings*. La Universidad de Houston ha evaluado este programa por más de doce años para determinar su impacto en los niños como su hijo o hija. Como parte de la evaluación, el Programa está interesado en cómo niños sanos que asistieron a los centros *United Way Bright Beginnings* se desenvuelven cuando asisten a las escuelas primarias.

Está invitado a unirse a los padres de familia de todos los centros de cuidado infantil en la evaluación del programa *United Way Bright Beginnings*. Si está de acuerdo, después de que su hijo/a ingrese a la escuela primaria, nos contactaremos con el distrito escolar al que asiste él/ella, para solicitar los resultados de exámenes de aprovechamiento tales como STAAR y si pasa de grado. Los resultados individuales de su hijo/a no se harán públicos, solo los resultados en grupo del centro de cuidado infantil.

Los registros se mantendrán en archivos protegidos en la Universidad de Houston y disponibles solamente para los investigadores principales en el estudio. Su participación es voluntaria, sin embargo, el no participar o retirarse en cualquier momento no ocasionará alguna penalidad o pérdida de beneficios a los cuales usted o su hijo/a pueda tener derecho. Además, no hay riesgos por ser parte de este estudio. Si bien usted no se beneficiará directamente de la participación, ésta puede ayudar a contribuir al conocimiento en relación al impacto en las vidas de los niños de *United Way Bright Beginnings*. Si está de acuerdo, llene la siguiente información, firme y anote la fecha. Puede estar seguro que toda la información permanecerá confidencial.

DERECHOS DEL INDIVIDUO

1. Entiendo que un consentimiento informado es necesario para todas las personas que participan en este proyecto.
2. Me han explicado todos los procedimientos y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.
3. Me han explicado cualquier riesgo y/o inconvenientes.
4. Me han explicado cualquier beneficio.
5. Entiendo que si tengo cualquier pregunta, puedo contactar a la Dra. Nicole Andrews al 713-743-2486.
6. Me han dicho que me puedo negar a participar o puedo detener mi participación en cualquier momento antes o durante el proyecto. También me puedo negar a contestar cualquier pregunta.
7. **CUALQUIER PREGUNTA RELATIVA A MIS DERECHOS COMO OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN PUEDE SER DIRIGIDA AL COMITÉ DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON (713-743-9204). TODOS LOS PROYECTOS DE INVESTIVACIÓN QUE SON LLEVADOS A CABO POR LOS INVESTIGADORES EN LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON SON REGIDOS POR LOS REQUERIMIENTOS DE LA UNIVERSIDAD Y DEL GOBIERNO FEDERAL.**
8. Toda la información obtenida en conexión con este proyecto y que puede ser identificada conmigo permanecerá confidencial en la medida de lo posible dentro de los límites legales. La información obtenida de este estudio que puede ser identificada conmigo puede ser entregada a nadie que no sea el investigador principal. Los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, publicaciones profesionales o en presentaciones educativas sin identificarme por nombre.

Está invitado a unirse a todos los padres de familia de todos los centro de cuidado infantil en la evaluación del programa *United Way Bright Beginnings*. Si está de acuerdo, después de que su hijo/a ingrese a la primaria, nos contactaremos con el distrito escolar al que él/ella asiste, para solicitar los resultados de exámenes de aprovechamiento tales como STAAR, registros de asistencia y disciplina, y si pasa de grado. Los resultados individuales de su hijo/a no se harán públicos, solo los resultados en grupo del centro de cuidado infantil. Además, no hay riesgos por ser parte de este estudio. Si bien usted no se beneficiará directamente de la participación, ésta puede ayudar a contribuir al conocimiento en relación al impacto en las vidas de los niños de *United Way Bright Beginnings*.

Por favor anote sus iniciales en el lugar de acuerdo a su decisión:

Estoy de acuerdo en participar _____ No deseo participar _____

Si está de acuerdo, proporcione la siguiente información, firme y anote la fecha. Puede estar seguro de que toda la información permanecerá confidencial.

Nombre del Padre (con letra de molde): _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Nombre del Centro de Cuidado Infantil

Nombre de la posible primaria a la que su hijo/a asistirá

Nombre del Distrito Escolar (Houston ISD; Pasadena ISD, etc.)

Apellido del niño _____

Primer y segundo nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social (si lo sabe) _____

(Si tiene más de un niño en el centro de cuidado infantil, por favor agregue sus nombres:

Apellido del niño _____

Primer y segundo nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social (si lo sabe) _____

¡GRACIAS POR AYUDAR A HACER MEJOR A NUESTRO CENTRO!



Agency name: _____
Staff name: _____
Staff email/phone: _____

Referral Form

To be completed by agency staff with client

United Way THRIVE is a network of nonprofit agencies dedicated to helping families develop healthy financial habits and earn sufficient income so that they are able to meet ordinary expenses and set aside funds for emergencies and future needs and goals. **THRIVE is not an assistance program and does not provide funding for rental or utility assistance.**

Client Name: _____ Email: _____

Client Birth Date: _____ Zip Code: _____ Phone #: (____) _____ - _____
Indicate preferred method of contact: email phone

- Primary Language: _____ Secondary Language: _____
- Are you currently employed? Yes No If yes: Full time Part time
- Household Income: \$ _____ Year Month Week # of People in Household: _____
- Are you able to legally work in the United States of America? Yes No
- Have you been convicted of a felony? Yes No
- Military Status of you or anyone else in your household: Veteran Active Duty Reserve
If not you, please indicate your relationship with the individual (spouse, parent, child, etc.): _____
- Have you had your taxes done this year? Yes No If so, where? _____
- Which of the following financial goals do you hope to achieve **within one year**?

<input type="checkbox"/> Decrease Debt	<input type="checkbox"/> Get a Job (new/higher paying)	<input type="checkbox"/> Buy a Car
<input type="checkbox"/> Improve Credit Score	<input type="checkbox"/> Improve English Language Skills	<input type="checkbox"/> Buy a House
<input type="checkbox"/> Develop Savings	<input type="checkbox"/> Enroll in/Complete College	<input type="checkbox"/> Build Small Business
<input type="checkbox"/> Budgeting	<input type="checkbox"/> Enroll in training program	<input type="checkbox"/> Other _____
Training type _____		
- Rank the top three goals you are most interested in working on **right now** (with #1 being the most important):

___ Decrease Debt	___ Get a Job (new/higher paying)	___ Buy a Car
___ Improve Credit Score	___ Improve English Language Skills	___ Buy a House
___ Develop Savings	___ Enroll in/Complete College	___ Build Small Business
___ Effective Budgeting	___ Enroll in training program	___ Other _____
Training type _____		
- Why do you think you are ready to commit to achieving family financial stability? What actions have you taken in the last six months that show your commitment (e.g., was regularly employed, attended school, completed a training, attended all scheduled appointments)? _____

Notes: _____

All of the information that you provided will be kept confidential by THRIVE service providers. This information will be used solely to assess, plan, and support your efforts toward financial stability and will not be sold or used for commercial purposes.

Based on the answers you provided to the questions above, one or more THRIVE service providers will contact you to provide you with information on community resources that will support your financial goals.

Client Signature _____ Date _____
Agency staff: Please return completed forms to Thanh Nguyen by email at tnghuyen@unitedwayhouston.org or by fax at 1-877-792-6035.
Date referred to 2-1-1: ___/___/___ Date sent to THRIVE Partner: ___/___/___ Date of follow-up: ___/___/___