



# Head Start Application



<b>OFFICE USE ONLY</b>
Center Assignment: _____
Total Points: _____

COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP OF LAKE COUNTY

CHILD (APPLICANT) MEMBER #1										
First Name		Middle		Last Name			Gender Male    Female		DOB /    /	
Race: (Circle) White    Asian    Black or African-American    Native Hawaiian or Other Pacific Islander    US Indian or Alaska Native    Other										
Ethnicity: (Circle One) Hispanic    Non-Hispanic			Health Insurance:(Circle) Medicaid    Private    Other			Disabled Yes    No		Is the child in foster care? Yes    No		
1st Language(PRIMARY language used in a classroom)					2nd Language					
HOH (HEAD OF HOUSEHOLD) ADULT MEMBER #2										
First Name		Middle		Last Name			Gender Male    Female		DOB /    /	
Race: (Circle) White    Asian    Black or African-American    Native Hawaiian or Other Pacific Islander    US Indian or Alaska Native    Other										
Ethnicity: (Circle One) Hispanic    Non-Hispanic			Health Insurance:(Circle) Medicaid    Private    Other			Highest Level of Education				
Disabled Yes    No		Veteran Yes    No		1st Language(Primary)		2nd Language		Relationship to Child		
Family Type: (Circle One) Single Parent Female    Foster Parents Single Parent Male    Two Parent			Housing Type: (Circle One) Own    Rent Other    Homeless		Marital Status: (Circle One) Single    Divorced    Widowed Married    Living Together					
Living Address				Apartment Number:		City		State		Zip code
Home Phone			Mobile Phone			Work Phone				
Email Address										
Income Source Job #1: (Circle One) Employment    Unemployment    No Financial Resources    Pension    Child Support    SSI    SSDI    TANF										
Gross Income			Pay Interval: (Circle One) Weekly    Bi-Weekly    Twice a Month    Monthly    Yearly							
Income Source Job #2: (Circle One) Employment    Unemployment    No Financial Resources    Pension    Child Support    SSI    SSDI    TANF										
Gross Income			Pay Interval: (Circle One) Weekly    Bi-Weekly    Twice a Month    Monthly    Yearly							
HOUSEHOLD ADULT MEMBER #3										
First Name		Middle		Last Name			Gender Male    Female		DOB /    /	
Race: (Circle) White    Black or African-American Asian    Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other    US Indian or Alaska Native					Ethnicity: (Circle One) Hispanic    Non-Hispanic		Health Insurance:(Circle) Medicaid    Private    Other			
Disabled Yes    No		Veteran Yes    No		1st Language(Primary)		2nd Language		Relationship to HOH		
Highest Level of Education				Marital Status: (Circle One) Single    Divorced    Widowed    Married    Living Together						
Income Source Job #1: (Circle One) Employment    Unemployment    No Financial Resources    Pension    Child Support    SSI    SSDI    TANF										
Gross Income			Pay Interval: (Circle One) Weekly    Bi-Weekly    Twice a Month    Monthly    Yearly							

# Aplicación de Head Start



NINO (SOLICITANTE) MIEMBRO #1										
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido			Genero Masculino Femenino		Fecha De Nacimiento / /	
<b>Raza: (Circula)</b> Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacifico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro										
Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano		Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro			Discapacitado Si No		¿Está el niño en el cuidado adoptivo? Si No			
Primer Lenguaje (Lenguaje PRIMARIO usado en el salón)					Segundo Lenguaje					
HOH (CABEZA DE LA FAMILIA) ADULTO MIEMBRO #2										
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido			Genero Masculino Femenino		Fecha De Nacimiento / /	
<b>Raza: (Circula)</b> Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacifico Indio Nativo de E.U.A o nativo de Alaska Otro										
Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano		Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro			Nivel de Educación Mas Alto					
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje			Segundo Lenguaje		Relación al Nino			
Tipo de Familia: (Circule Una) Madre Soltera Guardianes Adoptivos Padre Soltero Ambos Padres			Tipo de Vivienda: (Circule Una) Dueño de Casa Renta Otro Sin Hogar		Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja					
Dirección de Hogar			Numero de Apartamento:		Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono de Casa			Teléfono Móvil			Teléfono de Trabajo				
Correo Electrónico										
<b>Fuente de Ingresos Trabajo #1: (Circule Uno)</b> Empleo Desempleo Ningún Recurso Financiero Pensión Manutención de Menores SSI SSDI TANF										
Ingresos Brutos			Intervalo de Pago: (Circule Uno) Semanal Cada Dos Semanas Dos Veces al Mes Mensual Anual							
<b>Fuente de Ingresos Trabajo #2: (Circule Uno)</b> Empleo Desempleo Ningún Recurso Financiero Pensión Manutención de Menores SSI SSDI TANF										
Ingresos Brutos			Intervalo de Pago: (Circule Uno) Semanal Cada Dos Semanas Dos Veces al Mes Mensual Anual							
MIEMBRO ADULTO DE FAMILIA #3										
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido			Genero Masculino Femenino		Fecha De Nacimiento / /	
<b>Raza: (Circula)</b> Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacifico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro				<b>Etnicidad: (Circule Una)</b> Hispano No Hispano		<b>Seguro Medico:(Circule)</b> Medicaid Privado Otro				
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje			Segundo Lenguaje		Relación a la Cabeza de Familia			
Nivel de Educación Mas Alto				Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja						
<b>Fuente de Ingresos Trabajo #1: (Circule Uno)</b> Empleo Desempleo Ningún Recurso Financiero Pensión Manutención de Menores SSI SSDI TANF										
Ingresos Brutos			Intervalo de Pago: (Circule Uno) Semanal Cada Dos Semanas Dos Veces al Mes Mensual Anual							

HOUSEHOLD CHILD MEMBER #4				
First Name	Middle	Last Name	Gender Male Female	DOB / /
Race: (Circle) White Black or African-American Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other US Indian or Alaska Native		Ethnicity: (Circle One) Hispanic Non-Hispanic	Health Insurance:(Circle) Medicaid Private Other	
Disabled Yes No	Veteran Yes No	1st Language(Primary)	2nd Language	Relationship to HOH
Highest Level of Education		Marital Status: (Circle One) Single Divorced Widowed Married Living Together		
HOUSEHOLD CHILD MEMBER #5				
First Name	Middle	Last Name	Gender Male Female	DOB / /
Race: (Circle) White Black or African-American Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other US Indian or Alaska Native		Ethnicity: (Circle One) Hispanic Non-Hispanic	Health Insurance:(Circle) Medicaid Private Other	
Disabled Yes No	Veteran Yes No	1st Language(Primary)	2nd Language	Relationship to HOH
Highest Level of Education		Marital Status: (Circle One) Single Divorced Widowed Married Living Together		
HOUSEHOLD CHILD MEMBER #6				
First Name	Middle	Last Name	Gender Male Female	DOB / /
Race: (Circle) White Black or African-American Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other US Indian or Alaska Native		Ethnicity: (Circle One) Hispanic Non-Hispanic	Health Insurance:(Circle) Medicaid Private Other	
Disabled Yes No	Veteran Yes No	1st Language(Primary)	2nd Language	Relationship to HOH
Highest Level of Education		Marital Status: (Circle One) Single Divorced Widowed Married Living Together		
HOUSEHOLD CHILD MEMBER #7				
First Name	Middle	Last Name	Gender Male Female	DOB / /
Race: (Circle) White Black or African-American Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other US Indian or Alaska Native		Ethnicity: (Circle One) Hispanic Non-Hispanic	Health Insurance:(Circle) Medicaid Private Other	
Disabled Yes No	Veteran Yes No	1st Language(Primary)	2nd Language	Relationship to HOH
Highest Level of Education		Marital Status: (Circle One) Single Divorced Widowed Married Living Together		

<b>TOTAL NUMBER OF PEOPLE IN THE FAMILY?</b>
Do you receive SNAP benefits (LINK or Food Stamps)?    Yes    No
Amount received <b>MONTHLY</b> : \$

MIEMBRO NIÑO DE FAMILIA #4				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Genero Masculino Femenino	Fecha De Nacimiento / /
Raza: (Circula) Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro		Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano	Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro	
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje	Segundo Lenguaje	Relación a la Cabeza de Familia
Nivel de Educación Mas Alto		Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja		
MIEMBRO NIÑO DE FAMILIA #5				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Genero Masculino Femenino	Fecha De Nacimiento / /
Raza: (Circula) Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro		Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano	Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro	
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje	Segundo Lenguaje	Relación a la Cabeza de Familia
Nivel de Educación Mas Alto		Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja		
MIEMBRO NIÑO DE FAMILIA #6				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Genero Masculino Femenino	Fecha De Nacimiento / /
Raza: (Circula) Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro		Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano	Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro	
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje	Segundo Lenguaje	Relación a la Cabeza de Familia
Nivel de Educación Mas Alto		Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja		
MIEMBRO NIÑO DE FAMILIA #7				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Genero Masculino Femenino	Fecha De Nacimiento / /
Raza: (Circula) Blanco Americano Asiático Afro-Americano Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico Indio Nativo de E.U.A o Nativo de Alaska Otro		Etnicidad: (Circule Una) Hispano No Hispano	Seguro Medico:(Circule) Medicaid Privado Otro	
Discapacitado Si No	Veterano Si No	Primer Lenguaje	Segundo Lenguaje	Relación a la Cabeza de Familia
Nivel de Educación Mas Alto		Estado Civil: (Circule Una) Soltero Divorciado Viudo Casado Conviviendo con Pareja		

¿NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN LA FAMILIA?
¿Usted recibe beneficios de SNAP (LINK o Estampillas de Comida)? Si No
Cantidad recibida MENSUALMENTE: \$

ENTRY QUESTIONS			
	Yes	No	Explanation:
Are you interest in full year childcare?			
Do you need Before and After school childcare?			
Does the child have Siblings Between Ages 3-5 by Sept 1st?			
Are there any formal religious instructions or observances that should be followed?			If yes: please describe:
In what language would you like to receive written information?			English Spanish Other _____

SURVEY				
<b>How did you hear about the Head Start Program? PLEASE CIRCLE</b>				
Friend or Family	Community Agency	Community Event	Print Advertisement	Head Start Open House
Internet	Other			
<b>Where did you get this application from? PLEASE CIRCLE</b>				
Friend or Family	Community Agency	Community Event	Head Start Website	In person
Head Start Center	Head Start Main Office	Head Start Open House	Via US Mail	Other

CURRENT FAMILY CIRCUMSTANCE INFORMATION		
PLEASE CHECK ALL THAT APPLY		
Special Needs/Situations	Yes	No
Homeless		
Receiving SSI		
Receiving TANF		
Receiving food stamps		
Overcrowded housing		
Referral from other agency		
Is the Child living with the parent?		
<b>For Staff use Only</b>		

PREGUNTAS DE ANOTACION			
	Si	No	Explicación:
¿Usted tiene interés en cuidado de niños para año completo?			
¿Necesita cuidado de niños antes y después de la escuela?			
¿El niño tiene hermanos entre las edades de 3-5 para el 1 de septiembre?			
¿Hay instrucciones religiosas formales u observancias que se deberían seguir?			En caso que si, por favor explique:
¿En qué idioma desea recibir información escrita?			Ingles Español Otro _____

ENCUESTA					
<b>Como se entero del programa de Head Start? Por Favor Circule</b>					
Amigos o Familia	Agencia Comunitaria	Evento Comunitario	Publicidad de Impresa	Casa Abierta de Head Start	
Internet	Otro				
<b>¿De dónde consiguió esta aplicación? Por Favor Circule</b>					
Amigos o Familia	Agencia Comunitaria	Evento Comunitario	Pagina de Internet	En Persona	
Centro de Head Start	Oficina Central de Head Start	Casa Abierta de Head Start		Por Correo Postal	Otro

INFORMACION DE CIRCUMSTANCIAS FAMILIARES		
POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN		
Necesidades/Situaciones Especiales	Si	No
Sin Hogar		
Recibiendo beneficios de SSI		
Recibiendo beneficios de TANF		
Recibiendo Estampías de Comida (LINK)		
Casa Congestionada		
Referencia de otra agencia		
¿El niño vive con los padres?		
SOLO EL USO DEL PROGRAMA		

**HEAD START TRANSPORTATION, AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CHILD AND EMERGENCY CONTACT FORM**

Child's Name:	Child's Date of Birth:
Parent's Name:	Work/Mobile/Home Telephone:

**The location for Pick-up and Drop-off must be the same. Pick-up and Drop-off cannot be separate locations.**

Pick-up/Drop-off Address: (Street, City, Zip)	Telephone:
<b>Who is the primary contact for written and verbal communication in the household?</b>	

**Emergency Contact Agreement:** If I'm unable to pick up my student on time I will notify and give permission for the contact authorized below to receive my student in my stead. The contacts listed below will also follow the center rules for pick-up and/or drop-off. I also agree that each contact listed below is a responsible candidate to release my child to, and that they will be able to show a valid state issued driver's license or identification upon request. **Please circle: Yes No**

Please list below the names, addresses and telephone number(s) of all persons authorized to pick up your child and persons to be contacted in an emergency if you cannot be reached.

**You must list at least TWO emergency contacts. Each contact must be at least 14 years old.**

Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact
Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact
Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact
Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact
Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact
Name: _____ Relationship: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home:(____) _____ Mobile:(____) _____ Primary Language: _____	<b>Authorization Level</b> <input type="checkbox"/> Regular Pick up <input type="checkbox"/> Occasional Pick up <input type="checkbox"/> Emergency Contact

**HEAD START FORMA DE TRANSPORTE, PERSONAS AUTORIZADAS AL RECIBIR NINOS Y CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Nombre de Niño:	Fecha de Nacimiento de Niño:
Nombre de Padre(s):	Número de Teléfono de Trabajo/Celular/Casa:

**La ubicación para Recogida y Dejada debe ser la misma. La recogida y Dejada no pueden ser ubicaciones separadas.**

Dirección de Recogida/Dejada: (Calle, Ciudad, Código Postal)	Teléfono:
¿Quién es el contacto principal de comunicación verbal y escrita en el hogar?	

**Acuerdo de Contactos de Emergencia:** Si no estaré disponible a recoger a mi hijo notificaré a tiempo y daré el permiso para los contactos autorizados en la lista abajo para recibir a mi hijo. Los contactos puestos en la lista debajo también seguirán las reglas del centro para recogida y/o dejada. También estoy de acuerdo en que cada contacto de la lista es un candidato responsable para recibir a mi hijo y que podrán mostrar una licencia de conducir o identificación válida. **Por Favor Circule: Si No**

Por favor indique abajo los nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas autorizadas para recoger a su hijo y las personas a contactarse en caso de emergencia si usted no puede ser localizado.

***Usted debe de poner al menos DOS contactos de emergencia.  
Cada contacto debe tener al menos 14 años de edad.***

Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Casa:(____) _____ Celular:(____) _____ Idioma Principal: _____	<b>Nivel de Autorización</b> <input type="checkbox"/> Recibir Regularmente <input type="checkbox"/> Recibir Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia



<b>PERMISSION FORM</b>			
I understand that Head Start is a comprehensive program that will provide many services to support my child and family. Classroom observations and screenings are part of the program, which enable staff to plan for my child's individual development. I understand that the program staff will keep me informed as each service is completed and provide, to me, the results of all procedures and services my child receives.			
<b>I give permission for Head Start staff to complete the following with my child:</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
<b>Dental Screening</b>			
<b>Vision/Hearing</b>			
<b>Nutrition Assessment</b>			
<b>Developmental Screening</b>			
<b>Height and Weight</b>			
<b>Blood Pressure</b>			
<b>Health/Mental Health Screening</b>			
<b>Educational Screenings</b>			
<b>Physical Exam</b>			
<b>Hemoglobin</b>			
<b>Lead Screening</b>			
<b>TB</b>			
In case of emergency, I give my permission to the Center Staff to secure the needed emergency medical care, if parents/guardians cannot be immediately notified			
I give my permission for staff to administer general minimal first aid (Band-Aid, ice pack, etc.)			
I agree to allow agency staff to make home visits during the school year at my convenience			
I give my permission for my child to be photographed and videotaped during the course of the school year and for photographs and videotapes to be used as the program sees fit for the publication, advertising and for any lawful purpose.			
I agree to have my child/children transported by Community Action Partnership of Lake County Head Start vehicles. I will abide by the agency transportation policy. I will have my child ready at my appointed pick-up time/place and I will be available to receive my child at the appointed drop-off time.			
I authorize Community Action Partnership of Lake County Head Start to take my child on walking trips, special excursions, field trips, and to nearby public park facilities. I understand all such trips are under the supervision of the above named agency and that health and safety precautions are in compliance with DCFS Standards for licensure.			
I agree to volunteer once a month or more in the classroom whenever possible			
I understand that Community Action Partnership of Lake County Head Start staffs are mandated reporters of child abuse/neglect under the Reporting Act (Ill Rev. Stat. 11985 Ch.23, pars 205/et seq.)			
I understand that a Head Start representative may participate in multidisciplinary conferences			
I understand that my child will be in attendance in the program every day that he/she is able, except when notified by the Head Start Center that there will be no school.			
I understand that if the people listed on the emergency form cannot be reached, my child will be released to one of the person(s) listed below.			

<b>CONSENT FOR SCREENING</b>			
This free behavior screening will consist of observing your child at play and work in the classroom. The purpose of the screening is to meet the Head Start Performance Standards, for behavioral planning in the classroom, and to identify any issue that may need further testing. If an issue is identified, parents will be notified by the Disabilities Coordinator. As the screening is required for Head Start Standards, a copy of your child's screening will be placed in your child's master file. You have the right to examine this information at any time. This information cannot be released outside of Head Start without your permission. The exception to this is when the law requires teachers and others to report child abuse and/or suicidal behavior. Please see the enclosed Notice of Privacy Practices. <b>If you have any questions, please feel free to call the Disabilities Coordinator at (847) 249-4330 ext 3314</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
Do you agree to have your child observed by our trained examiners under the supervision of a licensed clinical psychologist?			
I received a copy of the privacy policy <b>(attached to the back of this packet).</b>			

<b>FORMA DE PERMISO</b>			
Entiendo que Head Start es un programa que proporcionara muchos servicios para apoyar a mi niño y mi familia. Las observaciones del salón son parte del programa que permiten a personal planear para el desarrollo individual de mi niño. Entiendo que el personal del programa me mantendrá informado de cada uno de los servicios y los resultados de todos los procedimientos y servicios mi niño recibe.			
<b>Doy el permiso para que el personal de Head Start pueda completar lo siguiente con mi niño:</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>Evaluación Dental</b>		
	<b>Evaluaciones de Visión y Audición</b>		
	<b>Evaluaciones Nutritivas</b>		
	<b>Evaluación de Desarrollo</b>		
	<b>Altura y Peso</b>		
	<b>Presión Arterial</b>		
	<b>Evaluación de Salud Mental</b>		
	<b>Evaluación Educacional</b>		
	<b>Examen Físico</b>		
	<b>Hemoglobina</b>		
	<b>Plomo</b>		
	<b>Tuberculosis</b>		
En caso de emergencia, doy permiso de que el personal del centro asegure el cuidado médico necesario si los padres no pueden ser notificados inmediatamente.			
Doy permiso de que el personal del centro administre primeros auxilios mínimos (curita, hielo, etc.)			
Doy permiso de que el personal haga visitas durante el año a un horario conveniente.			
Doy permiso a que mi hijo le tomen foto y video durante el curso del año escolar a como el programa crea que sea conveniente para publicación y promociones para cualquier propósito legal.			
Estoy de acuerdo que a mi hijo lo transporte los vehículos de Community Action Partnership of Lake County Head Start. Estoy de acuerdo que seguiré las regulaciones de transportación. Tendré a mi hijo listo a la hora y lugar indicado y estaré disponible para recibirlo también a la hora y lugar indicado.			
Yo autorizado Community Action Partnership of Lake County Head Start a que lleve a mi hijo a paseos de caminar, excursiones especiales y a parques públicos más cercanos. Entiendo que los paseos serán supervisados bajo la agencia nombrada en este documento y que precauciones de salud y seguridad están siendo cumplidas bajo los estándares de DCFS para licenciamiento.			
Estoy de acuerdo de dar mi tiempo voluntario en la clase de mi hijo cuando sea posible.			
Entiendo que el personal de Community Action Partnership of Lake County Head Start son requeridos en reportar negligencia y abuso de niños bajo el Reporting Act (IL Rev. Stat. 11985 Ch.23, pars 205/et seq.)			
Entiendo que un representante de Head Start pueda participar en conferencias multidisciplinarias.			
Entiendo que mi hijo debe asistir al programa todos los días que pueda, a menos que sea notificado que el centro este cerrado y no habrá clases.			

<b>CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIONES EDUCATIVAS</b>		
Esta evaluación de comportamiento consistirá en observar a su hijo durante el juego y trabajo en el salón. El propósito de la evaluación es de cumplir con los estándares de Head Start, para la planificación de comportamiento en el salón, e identificar cualquier problema que puedan requerir pruebas adicionales. Si se identifica un problema, los padres serán notificados por el Coordinador de la Discapacidad. Como la evaluación es necesaria según las normas de Head Start, una copia de la evaluación será colocada en el archivo principal del niño. Usted tiene el derecho de examinar esta información en cualquier momento. Esta información no se divulgará fuera de Head Start sin su permiso. La excepción a esto es cuando la ley requiere que maestras o personal reporten el abuso infantil y/o el comportamiento suicida. Por favor vea el Aviso incluido de Prácticas de Privacidad. <b>Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a la Coordinadora de Discapacidades al (847) 249-4330.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Está usted de acuerdo que su niño sea observado por nuestros examinadores bajo la supervisión de un psicólogo clínico?		
He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.		

**FAMILY PARTNERSHIP AGREEMENT**

Community Action Partnership of Lake County Head Start provides a wide range of community services that are designed to enhance the healthy development of area children and families. Services are without cost, convenient of the highest standard. Services are provided without regard to race, gender or religion

As a parent, I understand the obligation to share in the provision of services for myself and/or my child(ren). By enrolling my child in the program, shows that I am interested in my child's preschool education. Therefore, I understand that as show of commitment to services I agree to:	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Provide needed information for my child's file as requested by the teacher or social service.		
Notify staff of any changes of my living situation		
Have my child ready for school as schedule indicates		
Be ready for the bus for pick up and drop off of my child		
Participate in parent meetings, groups and workshops		
Provide medical documents required by the Head Start/DCFS Standards to enter and remain in the program		
Respect the privacy of any other client and not disclose any information that is shared in the meetings.		
Attend parent/teacher conferences at my child's center		
Volunteer in the classroom and provide a current T.B test, physical, and finger printing.		
Set goals for myself and strive for self-sufficiency.		
Contact staff in unable to keep appointment for my child and myself.		
Treat staff in a respectable, professional and a courteous manner.		
Assist with field trips whenever possible		
Follow thru in all referrals provided		

**HEALTH INFORMATION**

<b>Doctor's Name (Medical Home)</b>	Telephone		
Address	City	State	Zip code
<b>Dentist's Name (Dental Home)</b>	Telephone		
Address	City	State	Zip code

**DEVELOPMENTAL HISTORY**

**Please give an approximation of when your child acquired these skills**

At this time, the teacher may need to develop the curriculum that will meet the demands of the child. Please give an approximation of when your child acquired these such as: earlier, When expected, or later.

*Please place an 'X' for your answer*

Skills	Early	When expected	Later
Talk			
Sit without support			
Crawl			
Walk			
Feed Herself			
Dress herself			
Learned to use the toilet			
Respond to directions			

**FAMILY PARTNERSHIP AGREEMENT**

Community Action Partnership of Lake County Head Start provee una amplia variedad de servicios comunitarios que están designados a mejorar el más saludable desarrollo de niños y familias en el área. Los servicios no tienen costo, conveniente a los altos estándares. Los servicios son proveídos sin tomar en cuenta la raza, género o religión.

Como padre, yo entiendo la obligación de compartir en la provisión de servicios para mi hijo y mi familia. Al inscribir a mi hijo en el programa, demuestra que estoy interesado en la educación preescolar de mi hijo. Por lo tanto, entiendo que como muestra de compromiso a los servicios estoy de acuerdo a:	<b>Si</b>	<b>No</b>
Proveer la información necesaria para el archivo de mi hijo cuando me lo pida la maestra o trabajadora social.		
Notificar al personal de algún cambio en situación de vivienda.		
Tener a mi hijo listo para la escuela como lo indica el horario del centro.		
Estar listo para que el autobús recoja y deje a mi hijo.		
Participar en reuniones de padres, grupos, y talleres.		
Proveer documentos médicos requeridos por los estándares de Head Start/DCFS para entrar y permanecer en el programa.		
Respetar la privacidad de cualquier cliente y no compartir la información que se menciona en las reuniones.		
Asistir a las Conferencias de Padres y Maestras en el centro donde asiste mi hijo.		
Dar mi tiempo voluntario en el salón de mi hijo y proveer un examen físico, examen de tuberculosis, y huellas.		
Crear metas y luchar para ser autosuficiente.		
Comunicarme con el personal si no puedo mantener citas para mí o mi hijo.		
Tratar al personal en una forma respetable, profesional y cortés.		
Asistir a paseos cuando sea posible.		
Proseguir con los servicios referidos.		

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

<b>Nombre de Medico (Principal)</b>	<b>Teléfono</b>		
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Nombre de Dentista (Principal)</b>	<b>Teléfono</b>		
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>

**HISTORIA DE DESARROLLO**

**Por favor denos una aproximación de cuando su niño adquirió estas habilidades:**

En este momento, el profesor puede desarrollar el plan de estudios que atienda a las necesidades del niño.

*Por favor ponga una 'x' para su respuesta*

<b>Habilidades</b>	<b>Temprano</b>	<b>A Tiempo Esperado</b>	<b>Tarde</b>
<b>Hablar</b>			
<b>Sentarse sin soporte</b>			
<b>Gatear</b>			
<b>Caminar</b>			
<b>Comer solo</b>			
<b>Vestirse solo</b>			
<b>Aprender a ir al baño</b>			
<b>Responder a direcciones</b>			

HEALTH HISTORY			
	Yes	No	If yes, please explain:
Do you have any special concerns about your child?			
Has child ever had a serious illness?			
Has child ever had a serious accident?			
Has child ever had a seizure or convulsion?			
Does child do a lot of blank staring?			
<b>Does child have frequent: Please circle one</b>			
Colds	Sore Throats	Stomach pains	Vomiting      Diarrhea      NONE
<b>Has your child ever had the following? Please circle one/ NONE</b>			
Boils	Scarlet fever	Measles Eczema	Rheumatic fever      Diabetes      Bleeding Tendencies
Hives	Liver disease	Mumps Chicken Pox	Heart disease      Rubella      Whooping cough
	Yes	No	
Has child ever been hospitalized (other than 1 <sup>st</sup> year)?			When?
			Why?
Is child is prescribed medication?			What type?
			For what condition?
Has your child been diagnosed with a disability?			
If yes, does the child have an Individual Education Plan (IEP)?			What is the diagnosis?
			Who diagnosed it?
			What is the date of the IEP?
Do you suspect a disability or special need?			What?
			Why?
Do any members of the family have a disability?			What the disability?
Is there any other health conditions related to your child or family that you would like us to know about?			If yes, please explain:
Does your child have any environmental or food allergies that have been diagnosed by a physician? (Doctor note is needed for allergies)			What are the allergies?

BIRTH HISTORY			
	Yes	No	Explanation:
Was mother under doctor's care during pregnancy?			
Did mother have any health problems during pregnancy or delivery?			
Was child born more than 3 weeks early or late?			More than 3 weeks early
			More than 3 weeks late
			If yes, please explain:
Was anything wrong with child at birth?			
Did child have any health problems in first year?			

HISTORIA DE SALUD			
	Si	No	En caso que si, explique:
¿Tiene alguna preocupación especial sobre su hijo?			
¿El niño ha tenido alguna enfermedad seria?			
¿El niño ha tenido algún accidente serio?			
¿El niño ha tenido convulsiones o ataques epilépticos?			
¿El niño seguido se queda mirando en lo vacío?			
El niño tiene frecuentes (por favor circule): Resfriados      Dolores de garganta      Dolores de estomago      Vómitos      Diarrea      Ninguna			
¿El niño ha tenido alguna vez lo siguiente? Por favor Circule o NINGUNA Forúnculo Pústula      Fiebre Escarlata      Sarampión      Ecceema      Fiebre Reumática      Diabetes      Tendencias Sangrientas Urticaria      Enfermedad del Hígado      Paperas      Varicela      Enfermedad Cardiaca      Rubeola      Tos Ferina			
	Si	No	
¿El niño ha sido hospitalizado alguna vez (aparte del primer año)?			¿Cuándo?
			¿Por qué?
¿El niño está tomando medicamentos recetados?			¿Cuáles?
			¿Para cual condición?
¿Tiene el niño una incapacidad diagnosticada?			
En caso que si, tiene el niño un Plan de Educación Individualizada (IEP)?			¿Cuál es la diagnosis?
			¿Quién lo diagnostico?
			¿Cuál es la fecha del IEP?
¿Usted sospecha alguna incapacidad o necesidad especial?			¿Qué?
			¿Por qué?
¿Algún miembro de su familia tiene una incapacidad?			¿Cuál es la discapacidad?
¿Hay alguna otra condición de salud relacionada con su niño o familia que usted quiere que sepamos?			¿En caso que si, explique:
¿Tiene el niño alguna alergia ambiental o de comida diagnosticado por un medico? (Una nota del Medico es requerido para las alergias)			¿Cual son las alergias?

HISTORIA DE NACIMIENTO			
	Si	No	Explicación:
¿Estuvo la madre bajo el cuidado de un medico durante el embarazo?			
¿Tuvo la madre algún problema de salud durante el embarazo o el parto?			
¿Nació el niño más de 3 semanas antes o después de la fecha esperada?			Más de 3 semanas antes
			Más de 3 semanas después
			En caso que si, explique:
¿Hubo algo mal con el niño al nacer?			
¿Tuvo el niño algún problema de salud durante el primer año?			

NUTRITION ASSESSMENT			
	Yes	No	Explanation:
What food does your child especially like?			Which foods?
Are there any foods your child dislikes?			Which foods?
Does your child take vitamins and mineral supplements?			What kind are they?
Do they contain iron?			
Do they contain fluoride?			
Were they prescribed?			
Is there any food your child should NOT eat for medical, religious, or personal reasons?			
Is your child on a special diet?			
Has there been a big change in your child's appetite in the last month?			
Does your child take a bottle?			
Does your child eat or chew things that aren't food?			
Does your child have trouble chewing or swallowing?			
Do you have any concerns about what your child eats?			
Does your child often have: Please circle one	Diarrhea	Constipation	NONE
<b>How many times a week does your child eat/drink the following: Please circle one</b>			
Milk, cheese, or yogurt?	1	2	3 4 5 6 7
Meat, poultry, fish, or dried beans/peas?	1	2	3 4 5 6 7
Rice, grits, bread, cereal, and tortillas?	1	2	3 4 5 6 7
Greens, carrots, broccoli, squash, pumpkins, and sweet potatoes?	1	2	3 4 5 6 7
Oranges, grapefruit, and tomatoes (fruit juice)?	1	2	3 4 5 6 7
Other fruits and vegetables?	1	2	3 4 5 6 7
Oil, butter, margarine, or lard?	1	2	3 4 5 6 7
Cake, cookies, sodas, fruit drinks, or candy?	1	2	3 4 5 6 7
<b>Meals</b>			
How would you describe your child's appetite?	Good	Medium	Picky Poor
<b>How does your child feel about mealtime?</b>			
Enjoys meals	Not interested	Needs encouragement	
	Yes	No	Explanation:
Does your child snack in between meals?			
Does your child eat quite a few sweets			
Does your child have to eat everything on his/her plate?			
If yes, is it before leaving the table?			
If yes, is it before having dessert?			
Does your child serve his own food during mealtime?			
Is your child punished or scolded for spilling milk or food?			
Would you be interested in attending one or more meetings on nutrition during the year?			

EVALUACION DE NUTRICION			
	Si	No	Explicación:
¿Qué comidas le gustan a su niño en especial?			¿Cuales comidas?
¿Hay algunas comidas que no le gustan a su niño?			¿Cuales comidas?
¿Su niño toma vitaminas y suplementos minerales?			¿Cuáles son?
¿Contienen hierro?			
¿Contienen fluoruro?			
¿Fueron recetadas?			
¿Hay alguna comida que el niño no debe comer por razones médicas, religiosas o personales?			
¿Su niño está en alguna dieta especial?			
¿Habido algún cambio en el apetito del niño durante el último mes?			
¿Su niño toma de un biberón?			
¿Su niño come o mastica cosas que no son comidas?			
¿Su niño tiene dificultad masticando o pasando la comida?			
¿Usted tiene alguna preocupación sobre de lo que come su hijo?			
Su niño tiene frecuente (circule una):	Diarrea	Estreñimiento	NINGUNA
<b>¿Cuántas veces a la semana come su hijo las siguientes comidas y/o bebidas? CIRCULA UNA</b>			
¿Leche, queso y yogur?	1	2	3 4 5 6 7
¿Carne, pollo, pescado, y frijoles/guisantes?	1	2	3 4 5 6 7
¿Arroz, sémola, pan, cereal, y tortillas?	1	2	3 4 5 6 7
¿Lechuga, zanahorias, brócoli, calabaza, y camote?	1	2	3 4 5 6 7
¿Naranjas, toronjas, y tomates (jugo de frutas)?	1	2	3 4 5 6 7
¿Otras frutas y vegetales?	1	2	3 4 5 6 7
¿Aceite, mantequilla, margarina o manteca de cerdo?	1	2	3 4 5 6 7
¿Pastel, galletas, soda, jugo de fruta o dulces?	1	2	3 4 5 6 7
<b>Hora de Comer</b>			
¿Cómo describiría usted el apetito de su niño?	Bueno	Mediano	Delicado Mal
¿Cómo se siente el niño a la hora de comer?	Disfruta de las comidas	No tiene interés	Necesita ser animado
	Si	No	Explicación:
¿Su niño come bocadillos entre comidas?			
¿Su niño come muchas golosinas o dulces?			
¿Su niño tiene que comer todo en su plato?			
¿En caso que sí, es antes de irse de la mesa?			
¿En caso que sí, es antes de comer el postre?			
¿Su niño se sirve solo a la hora de comer?			
¿Castiga o regana a su niño por derramar la leche o comida?			
¿Usted tiene interés en asistir a uno o más talleres de nutrición durante el año?			





### **Application Signature Page**

I have completed the information in its entirety to the best of my knowledge and confirm that all information is accurate and true.

I understand that my application is not complete until I have turned in my child's birth certificate and proof of income for the past 12 months. I further understand that completing an application does not guarantee my child's placement into the program. Placement shall be determined according to a risk factor/point system and my child may be placed on a waiting list.

I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there are any changes in my income, family size, residence, employment, or reason for needing childcare services.

#### **TEXT MESSAGE COMMUNICATION**

I give permission for the Head Start Program to send me information regarding my child's application, medical requirements, and attendance via Text Messages to my cell phone number.

Text message fees may apply according to my own cell phone service carrier.

Cell Phone Number:

Parent Initials:

Child's Name: (Please Print)	Child's Date of Birth:
Parent/Guardian Name: (Please Print)	
Parent/Guardian Signature:	Signature Date:

#### **PROGRAM USE ONLY**

Received By:	Date Received:
Entered in Adsystem By:	Date Entered in Adsystem:



**Forma de Firma de Aplicación**

He completado la información en su totalidad al mejor de mi conocimiento y confirmo que toda la información es exacta y verdadera.

Entiendo que mi aplicación no es completa hasta que he entregado en certificado de nacimiento de mi hijo y comprobantes de ingresos para los últimos 12 meses. Además, entiendo que completar una solicitud no garantiza la colocación de mi hijo en el programa. La colocación se determinará según un sistema de factor de riesgo/puntos y mi niño puede ser colocado en lista de espera.

Yo certifico que la información contenida en esta aplicación es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el hecho de no dar información correcta puede ser motivo de rechazo de esta aplicación o terminación de servicios de guardería. Notificaré a la Agencia inmediatamente si hay algún cambio en mis ingresos, tamaño de la familia, residencia, empleo o razón que necesitan servicios de cuidado de niños.

**COMUNICACIÓN DEL MENSAJE DE TEXTO**

Doy permiso para que el programa de Head Start para enviarme información acerca de la aplicación de mi hijo, requisitos médicos, y la asistencia a través de mensajes de texto a mi número celular.  
Se puede aplicar cargos de mensaje de texto según mi propia compañía de servicio celular.

Numero de Celular:

Iniciales de M/Padre:

Nombre de Niño: (Por Favor Imprimir)	Fecha de Nacimiento de Niño:
Nombre de Padre/Guardián: (Por Favor Imprimir)	
Firma de Padre/Guardian:	Fecha de Firma:

**Solo Uso del Programa**

Received By:	Date Received:
Entered in Adsystem By:	Date Entered in Adsystem:



## Authorization to Exchange Information

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

As the parent / legal guardian of the above-named child, I authorize

**Community Action Partnership of Lake County**

**Head Start Program**

2424 Washington St. Suite 207

Waukegan, IL 60085

Office: (847) 249-4330

**Fax: (847) 625-6328**

*to exchange information with*

**The following information may be exchanged:**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| _____ Annual Reviews                             | _____ Dental Exam Records          |
| _____ Individualized Education Programs (IEP)    | _____ Physical Form                |
| _____ Multidisciplinary Conference (MDC) Reports | _____ Immunization Record          |
| _____ Psychological/Psychiatric Evaluations      | _____ Hemoglobin Test              |
| _____ Speech/Language Reports                    | _____ Lead Test                    |
| _____ Social History Reports                     | _____ Tuberculosis Test            |
| _____ Special Education Records                  | _____ Medication List/Instructions |
| _____ Referral Updates/Status                    | _____ Other: _____                 |

*The purpose of this information is for educational placement services.*

*I recognize that these records and the information contained therein are confidential.*

*This authorization is effective for one year from the date of signing and limited to only the information requested above to be sent to the person/facility named herein and that it not be further disclosed for any purpose other than as stated in this authorization. I understand that I may have a right, upon request, to inspect and copy all of any portion of the records kept in conjunction with my child's education, including the above-cited information to be released.*

*I understand that I may revoke this consent in writing, at any time, except to the extent that action has been taken in reliance thereon. I hereby release the Head Start Program, affiliated with Community Action Partnership of Lake County, from any legal responsibility or liability that may arise from the disclosure or release of information, records, or portions thereof, including liability for violation of the right of having this information maintained in confidentiality and privacy.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date



## Autorización Para Intercambiar Información

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Como el padre / guardián legal del niño nombrado arriba, yo autorizo a  
**Community Action Partnership of Lake County**

**El Programa de Head Start**  
 2424 Washington St. Suite 207  
 Waukegan, IL 60085  
 Oficina: (847) 249-4330  
**Fax: (847) 625-6328**

*de intercambiar información con*

### Puede intercambiar la siguiente información:

- |  |  |
|--|--|
| <p>_____ Reviso Anuales</p> <p>_____ Programas Individuales de Educación (IEP)</p> <p>_____ Conferencias Multidisciplinarias</p> <p>_____ Evaluaciones Psiquiátricas</p> <p>_____ Reportes de Lenguaje/Habla</p> <p>_____ Reportes de la Historia Social</p> <p>_____ Reportes de Educación Especial</p> <p>_____ Información de Referencias</p> | <p>_____ Examen Dental</p> <p>_____ Forma de Físico</p> <p>_____ Reporte de Vacunas</p> <p>_____ Examen de Hemoglobina</p> <p>_____ Examen de Plomo</p> <p>_____ Tuberculosis Test</p> <p>_____ Lista de Medicamentos</p> <p>_____ Otro: _____</p> |
|--|--|

*El propósito de esta información es para la colocación educativa y servicios.  
 Yo reconozco que estos archivos y la información contenida en ellos son confidenciales.*

*Esta autorización es efectiva por un año de la fecha que se ha firmado y limitada a solo la información requerida arriba para ser mandada a la persona/facilidad nombrada aquí y no será fomentada para publicarse para cualquier otro propósito más que como se estipula en esta autorización. Yo entiendo que podía tener el derecho, bajo petición, de inspeccionar y copiar toda parte de cualquier porción de archivos mantenidos en conjunción con la educación de mi niño(a), incluyendo la información mencionada en la parte superior para ser liberada.*

*Yo entiendo que podría revocar este consentimiento por escrito, a cualquier hora, excepto a la magnitud que acción se haya tomado en dependencia de aquí en adelante. Yo por este medio libero al programa de Head Start, afiliado con Asociación de Acción Comunitaria del Condado de Lake, de cualquier responsabilidad o obligación legal que pudiera resultar de la publicación o liberación de información, archivos, o porciones de estos, incluyendo responsabilidad por violación del derecho de tener esta información mantenida confidencial y privada.*

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

## **DISCIPLINE POLICY**

Discipline is the on-going process of helping children to develop their controls so that they can manage their own behavior in socially approved/acceptable ways.

### **HOW DISCIPLINE WILL BE IMPLEMENTED BY STAFF**

#### **Appropriate discipline techniques used include the following preventative measures:**

- Avoid problems by offering an organized, stimulating program
- Reinforcement for positive behavior
- Modeling
- Setting clear limits
- Offering choices
- Ignoring negative behavior(when appropriate)
- Acknowledging good behavior

#### **Techniques used when preventative measures are not enough:**

- Redirection to a more acceptable behavior
- Including the child in the resolution of a conflict
- Time-out or removal of child from the area, for short periods of time.

#### **The following discipline techniques are PROHIBITED:**

- Physical punishment
- Screaming at child
- Ridiculing a child or the child's family
- Blaming, teasing, insulting, name calling or threatening the child with punishment
- Withholding food
- Withholding of affection or positive attention

No child will be subjected to, under any circumstances, any form of corporal punishment, which includes hitting spanking, swatting, beating, shaking, pinching, and other measures intended to induce physical pain or fear. The childcare staff will never use abusive or profane language or deprive children of food, rest, or use of restrooms. Children will not be punished for toilet accidents.

### **HOW PARENTS WILL BE INVOLVED IN GUIDANCE PROCESS**

- A director or lead teacher will verbally notify the child's parent if a pattern of unacceptable behavior is noted.
- As needed, the teacher will discuss with the parents of the child's behavior. If an acceptable behavior occurs during the day or a behavior is uncharacteristic of the child, an anecdotal form will be completed, signed by the parent and a copy will be retained in the child's file.
- The director may request a formal conference with parent(s).
- If deemed necessary the parent may be asked to pick up the child from the center and/or remove the child for the next business day.

### **HOW CHILDREN WILL BE INVOLVED IN THE PROCESS**

- Children will be aware of the classroom rules/guidelines.
- Children will be reminded of the rules/guidelines throughout the day.
- Children will be involved in creating the classroom rules.
- Children will have reasonable opportunity to resolve their own conflicts.

### **DISCHARGE**

Any child who, after attempts have been made to meet the child's individual needs, demonstrates the inability to benefit from the type of care offered by the facility, or whose presence is detrimental to the group, shall be discharged from the facility.

## **POLIZA DE DISCIPLINA**

La disciplina es el proceso continuo de ayudar a los niños a desarrollar sus controles de manera que puedan controlar su propia conducta de manera socialmente aprobados /aceptables.

### **CÓMO LA DISCIPLINA SERA IMPLEMENTADA POR EL PERSONAL**

**Las técnicas apropiadas de disciplina utilizados incluyen las siguientes medidas preventivas:**

- Evitar el problema, ofrecer un programa organizado y estimulante
- Fortalecimiento de comportamiento positivo.
- Modelado.
- Establecer límites claros
- Ofrecer opciones
- Ignorar el comportamiento negativo (cuando corresponda)
- Reconocer el buen comportamiento

**Técnicas de uso de las medidas preventivas no son suficientes:**

- Redirección a un comportamiento más aceptable
- Incluir al niño en la resolución de un conflicto
- Tiempo de espera o sacarlo del área donde está jugando el niño, por cortos períodos de tiempo.

**Las siguientes técnicas de disciplina están PROHIBIDO:**

- Castigo físico
- Gritarle al niño
- Ridiculizar a un niño o la familia del niño.
- Culpar, burlas, insultos, llamando o amenazar al niño con el castigo
- Negar las comidas
- Retención de afecto o atención positiva

Ningún niño será sometido, por ninguna circunstancia, a cualquier forma de castigo corporal, que incluye nalgadas, golpear, sacudir, pellizcar, y otras medidas destinadas a provocar el dolor físico o el miedo. El personal de cuidado de los niños nunca va a usar un lenguaje abusivo o profano, o privar a los niños de la comida, el descanso o el uso de los baños. Los niños no serán castigados por los accidentes de baño.

### **CÓMO LOS PADRES VAN A PARTICIPAR EN EL PROCESO DE GUIARLOS**

- Un director o maestro verbalmente notificara a los padres del niño, si un patrón de comportamiento inaceptable es notado.
- Si es necesario, el profesor discutirá con los padres el comportamiento del niño. Si se produce un comportamiento aceptable durante el día o un comportamiento no es característico de los niños, una forma anecdótica será llenado, firmado por el padre y una copia se conservará en el expediente del niño.
- El director podrá solicitar una reunión formal con el padre (s).
- Si se considera necesario que el padre puede pedir a recoger al niño del centro y / o retirar al niño para el siguiente día hábil.

### **COMO LOS NIÑOS INTERVENDRAN EN EL PROCESO**

- Los niños estarán al tanto de las reglas de la clase y directrices.
- Se les recordara de las normas y direcciones durante todo el día.
- Los niños participarán en la creación de las reglas de la clase.
- Los niños tendrán una oportunidad razonable para resolver sus propios conflictos.

### **EL DESPIDO**

Cualquier niño que después de varios intentos se han hecho para satisfacer las necesidades individuales del niño, demuestra la incapacidad de aprovechar el tipo de atención que ofrece el centro, o cuya presencia es perjudicial para el grupo, quedará liberado de la escuela.

**Notice of Privacy Practices  
(Health Care Provider)**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW  
YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.  
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**INTRODUCTION**

Mental health care providers are required by law (the federal HIPAA Privacy Rule) to maintain the privacy of protected health information (PHI) and to provide you with this notice of our legal duties and privacy practices regarding PHI. We are required to abide to the terms of this notice for all PHI we maintain. If we do so, we will revise this notice to reflect the new terms and have it available for you upon request.

**PERMITTED USES AND DISCLOSURES**

At times, other federal laws and the laws of the state of Illinois impose stricter limits on the use and disclosure of PHI than the HIPAA Privacy Rule. In those cases, the HIPAA Privacy Rule states that we must follow the laws that provide you with the greater amount protection over your PHI. Subject to those stricter limits, we may use and disclose your PHI as follows:

**Treatment.**

We may use or disclose your PHI for treatment activities of a health care provider. For example, we may use your PHI to provide medical care to you and we may disclose PHI to another physician who is providing medical care to you.

**Health Care Operations.**

We may use or disclose your PHI for certain activities relating to education. In addition, we may disclose your PHI for those activities relating to the operation of another health care provider or a group health plan with which you have relationship. For example, we may use and disclose your PHI for activities relating to quality assessment, training of health care professionals, fraud and abuse detection, and compliance programs.

**Other Permitted Uses and Disclosures.**

We may use and disclose your PHI so long as certain conditions that relate to your privacy and public necessity is met.

\*to **Person Involved in Your Care or Payment of Your Care**, but you will have the opportunity to object and, if you do object, we will abide by your wishes.

\*to **Business Associates** who perform functions for us and who have promised in a written agreement to safeguard your PHI.

\*as **Required by Law**, so long as the specifics of the use or disclosure is no more than that required by the law.

\*for **Public Health Activities**, such as reporting disease, injury, and vital statistics.

\*to **Report Adult Abuse, Neglect, And Domestic Violence**, under certain conditions. To a **Health Care Oversight Agency** that oversees the health care system.

\*for **Judicial and Administrative Proceedings**, so long as there is a lawful court order or other legal demand.

\*for certain **Law Enforcement Purposes**, such limited PHI relating to fugitives, crime victims, suspicious deaths, crimes on our premises, and crimes in emergencies.

\*certain information about **Decedents** to coroners, medical examiners, funeral directors, and organ/tissue donation entities.

\*for **Research Purposes**, so long as an oversight board approves the request under strict guidelines, is preparatory work that does not leave an education institution, or is about decedents.

\*to **Avert a Serious Threat to Health or Safety**, as necessary under the circumstances.

\*for certain **Specialized Government Functions**, such as Armed Forces personnel, national security activities, correctional facilities, and government health benefit programs.

**Aviso de Prácticas de Privacidad  
(Proveedor de Atención Médica)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED  
PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.**

**INTRODUCCION**

Los proveedores de cuidado de la salud mentales están obligados por ley (la regla federal de privacidad HIPAA) para mantener la privacidad de la Información Medica Protegida (IMP) y ofrecerle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto al IMP. Estamos obligados a respetar los términos de este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento para todos los IMP que mantenemos. Si lo hacemos, revisaremos este aviso para reflejar los nuevos términos y tenerlo disponible para usted a petición.

**USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS**

A veces, otras leyes federales y las leyes del estado de Illinois imponen límites más estrictos sobre el uso y divulgación del IMP que la regla federal de privacidad HIPAA. En esos casos, la regla de privacidad HIPAA establece que debemos seguir las leyes que le proporcionan la protección de mayor cantidad sobre su IMP. Sujeto a los límites más estrictos, podemos utilizar y divulgar su IMP de la siguiente manera:

**Tratamiento.**

Podemos utilizar o divulgar su IMP para las actividades de tratamiento de un proveedor de atención medica. Por ejemplo, podemos utilizar su IMP para proporcionar atención médica a usted y podemos divulgar su IMP a otro médico que también proporcionara atención médica a usted.

**Operaciones de cuidado de la salud.**

Podemos utilizar o divulgar su IMP para ciertas actividades relacionadas con la educación. Además, podemos divulgar su IMP para las actividades relacionadas con el funcionamiento de otro proveedor de atención médica o un plan de salud grupal con el cual tiene una relación.

Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su IMP para actividades relacionadas con la evaluación de la calidad, la formación de los profesionales de la salud, detección de fraude o de abusos, y los programas de cumplimiento.

**Otros Usos y Divulgaciones Permitidos.**

Podemos usar y divulgar su IMP, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones que se relacionan con su privacidad y necesidad pública.

\*a **La Persona Involucrada en Su Cuidado o Pago de Sus Cuidados**, pero tendrá la oportunidad de oponerse y si se opone, nosotros cumpliremos sus deseos.

\*para **Asociados de Negocios** que realizan funciones para nosotros y que han prometido en un acuerdo escrito para salvaguardar su IMP.

\*como es **Requerido por La Ley**, siempre y cuando los detalles del uso o divulgación no es más que lo exigido en la ley.

\*para **Actividades de Salud Pública**, tales como informes de enfermedades, lesiones y estadísticas vitales.

\*para **Reportar Abuso de Adultos, Abandono y Violencia Doméstica**, bajo ciertas condiciones.

\*a una **Agencia de Supervisión de Atención de Salud** que supervisa el sistema de salud.

\*para **Procedimientos Judiciales y Administrativos**, mientras que hay una orden judicial legal u otra demanda legal.

\*para ciertas **Aplicaciones de La Ley**, tales limitadas IMP relativos a fugitivos, las víctimas de crimen, muertes sospechosas, crímenes en nuestras instalaciones y delitos en casos de emergencia.

\*cierta **Información Sobre Difuntos** a médicos forenses, exámenes médicos, directores de funerarias y las entidades de donación de órganos.

\* para **Objetivos de Investigación**, siempre y cuando un comité de supervisión aprueba la solicitud bajo pautas estrictas, es trabajo preparatorio que no sale de una institución educativa, o se trata de difuntos.

\*para **Evitar Una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad**, según sea necesario dadas las circunstancias.



\*for **Workers' Compensation** programs.

\*to contact you and provide information **Useful Information**, such as appointment reminders and health-related benefits and services that may be of interest to you.

\*to contact you about the organizational effort to **Raise Funds**.

\*a **Limited Data Set**, which deletes certain information about you, so long as the PHI is only used for research, public health, or health care operation purposes and the recipient agrees in writing to safeguard your PHI.

**Your Written Authorization.** Other than the uses and disclosures discussed above, we will not use or disclose your PHI without your written authorization. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use of disclosure that occurred prior to this provider receiving your revocation.

### **YOUR RIGHTS**

A brief summary of your rights are as follows. For additional information regarding these rights, you may contact the office listed at the end of this notice.

#### **Access.**

You have the right to inspect and obtain a copy of your PHI records. To do so, you must seek Access in writing. A reasonable fee may be charged for copying and postage, if applicable.

#### **Amendment.**

You have the right to seek an amendment to your PHI records. To do so, you must make your request in writing. Even if the PHI record is determined to be accurate and complete, you have the right to submit a statement of disagreement.

#### **Accounting.**

You have the right to obtain a list of certain uses and disclosures that occurred regarding your PHI. To do so, you must seek your accounting in writing. Some uses and disclosures would not be mentioned on that list, such as those associated with treatment payment, and health care operations and disclosures you personally authorized in writing.

#### **Further Restrictions.**

You have the right to seek further restrictions on how we use or disclose your PHI. To do so, you must make your request in writing. Although, we are not required to agree to those requests, we will document it and abide by it.

#### **Confidential Communications.**

You have the right to request that we communicate with you using alternative means or at alternative locations. To do so, you must make your request in writing. If the request is reasonable, we will accommodate it.

#### **Copy of This Notice.**

You have the right to receive a paper copy of this notice upon request, even if you previously agreed to receive this notice electronically.

#### **File a Complaint.**

You may file a complaint with us and to the U.S. Department of Health and Human Services if you believe we have violated your privacy right and we will not retaliate against you in any way. To file a complaint with us, you should contact the office listed at the end of this notice.

### **FURTHER INFORMATION**

If you have questions, desire to file a complaint, or seek further information about matters contained in this notice, you may contact:

Consultant  
Chinni Chilamkurti, Ph.D.  
847-404-7119