

The Wallingford Community Day Care Center, Inc.
203.294.4176

APLICACION / CAMBIO DE INFORMACION

Nombre del niño/a _____
Fecha de inscripción _____ fecha de nacimiento _____
Numero del seguro social _____ - _____ - _____ Sexo _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

El padre que alista

el padre non-custodial del tutor / otro padre

Nombre _____ Nombre _____
Dirección _____ Dirección _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Número de telefono () _____ Número de telefono () _____
Número de celular () _____ Número de celular () _____
Lugar de trabajo _____ Lugar de trabajo _____

Dirección de trabajo _____ Dirección de trabajo _____
número de tel. del trabajo () _____ número de tel. del trabajo () _____

horario de trabajo _____ horario de trabajo _____
Custodia comun (); Derechos de Visitacion (); Acuerdo Informal (); ve al niño/a () a menudo (semanal o con mas frecuencia); () Raramente (mensual o menos); () Nunca.
Orden de detencion? () Si, Fecha _____ () No

Tipo de familia: () 2 padres bilogicos; () solo un padre; () step-parent; () abuelos; () padre adoptivo; () otro _____

Confirmo que soy el tutor legal del niño/a alistado y que toda la información dada en este y otras formas concerniente a la inscripción de mi niño/a son verdad y exactas al mejor de mi conocimiento y creencia. Acuerdo a seguir las reglas y regulaciones de este recurso del cuidado de niños y pagar honorarios semanales establecidos el Lunes de la semana de servicio.

Firma _____ Fecha _____

DECLARACION FINANCIERA CONFIDENCIAL DEBE SER
ACOMPANADO DE 4 TALONES DE CHEQUES. TODA LA
INFORMACION DEBE SER COMPLETADA. FORMA DE IRS # 1040
ES REQUERIDO.

THE WALLINGFORD COMMUNITY DAY CARE CENTER, INC.

Nombre del Niño/a _____
Número del seguro social _____
Dirección _____
Nombre del Padre o tutor _____
Número del seguro social _____
Lugar de Empleo _____ Ingresos Gruesos \$ _____ por _____
Segundo Padre o tutor si comparten casa_ Nombre _____
Número del seguro social _____ Ingresos gruesos \$ _____ por _____
Lugar de Empleo _____

Otros Ingresos de Familia: Por favor especifica la cantidad actual recibida.

Apoyo de niño/a \$ _____ mensual AFDC \$ _____ mensual

Compensación de desempleo \$ _____ mensual Otros \$ _____ mensual

Tipo de Familia: Un Padre _____ Dos Padres _____ Otro _____

Enliste todo los miembros de familia no reportado anterior:

Nombre	Edad	# de seguro social	Empleo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

total de niños en la familia _____ # total de adultos en familia _____

Ayuda Estatal con "Day Care" _____ Si, Programa _____

de Cliente _____ Nombre del trabajador _____

SOLO USO DE OFICINA

Fecha _____ Tamano de familia _____

Total del Ingreso familiar \$ _____ Honorario \$ _____

The Wallingford Community Day care Center, Inc.

Documentacion requerida para inscripcion

\$25.00 Honorarios de aplicacion _____

Nombre Del Niño/a _____

Nombre del Padre/tutor _____

Correo electronico _____

del seguro social del nino/a _____

Fecha recibida/documentada _____

Certificado de nacimiento del niño/a _____

Fecha recibida/documentada _____

Prueba de residencia:

Cuenta de Utilidad

- Teléfono _____
- Cable _____
- Electricidad _____
- Gas _____

Cuenta de contribucion territorial

- Auto _____
- Casa _____

Licencia de conducir: solo si ninguno de los documentos mencionados arriba son proporcionados (debe tener la misma direccion que aparece en el formulario de inscripcion y los talonarios de pago del padre)

Identificacion Estatal para no-conductores de auto (no puede llevar el auto para dejar o recoger ninos) _____ la direccion debe ser igual que los formularios de inscripcion y de los talonarios de pago.

La informacion proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mi conocimientos y creencias. Entiendo que la inscripcion del niño/a puede ser terminada inmediatamente se dejan de notificar la oficina 24 horas despues de algun cambio de mi o del estatus de mi hijo/a, empleo, custodia del niño/a, o algo que pueda efectuar le elegibilidad de mi niño/a para su inscripción.

Firma _____
Padre / Tutor

Fecha _____

LISTA DE MIEMBROS DE FAMILIA QUE VIVEN EN LA CASA, SUS EDADES Y RELACION DEL NIÑO/A

Otras agencias / cuidados de los niños que la familia a usado:

Idioma que se habla en casa _____

SOLO PARA USO DE OFICINA		SOLO PARA USO DE OFFICINA	
Fecha sometida _____	fecha de visita _____	aprobado por _____	
hora de llegada _____	hora de salida _____	fecha de inicio _____	
		último fisico _____	
_____ acta de nacimiento	_____ tarjeta de seguro medico	_____ verificacion de ingreso	
fechas de redeterminacion _____			
fechas de contacto y autorizacion actualizada _____			
horas de atencion Lunes _____ Martes _____ Mier. _____ Jueves _____ Viernes _____			
horas extraordinarias necesarias en los dias de las escuelas publicas estan cerradas			
SI NO AVECES			
fecha enviada al proveedor de acuerdo a DSS _____			

AUTORIZACION PARA LOS NIÑOS QUE DEBEN RECOGER EN EL CUIDADO DE NIÑOS

Fecha _____

Nombre del niño/a _____

Yo, nombre del padre/madre o tutor _____,
Autorizo a las personas (MAS DE 15 AÑOS DE EDAD) se encuentran a
continuacion a recoger y retirar a mi hijo/s, desde el centro y proveer el transporte
para mi hijo/s:

1. Nombre _____ relacion al niño/a _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ # tel. del trabajo _____

lugar de empleo _____

2. Nombre _____ relacion al niño/a _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ # tel. del trabajo _____

lugar de empleo _____

3. Nombre _____ relacion al niño/a _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ # tel. del trabajo _____

lugar de empleo _____

The Wallingford Community Day care Center, Inc
CONSENTIMIENTO DEL PADRE AUSENTE PARA EL TRATAMIENTO DE
URGENCIA DE LOS MENORES.

En el caso de una emergencia medica, el personal del centro llamara al servicio del 911. La transportación sera proporcionado por los servicios de urgencia a un centro medico como necesidad esta determinada por la unidad de intervencion de emergencia.

Yo, doy mi permiso a NOMBRE DEL NIÑO/A _____
para recibir tratamiento medico de emergencia y trasportacion a una instalacion medica para cualquier tratamiento adicional como puede ser indicada.

Yo, autorizo a un medico con licencia para proporcionar el tratamiento, para las inyecciones, hospitalizar, dar anesthesia o realizar la cirugia para

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ durante mi ausencia.

Yo entiendo que esta autorizacion esta dada con anterioridad a cualquier necesidad de tratamiento medico, pero se da a fin de evitar demoras innecesarias en el trataminto de emergencia, que el medico juzgue conveniente en el ejercicio de su mayor juicio. Supongo un intento razonable se ponga en contacto conmigo.

Firma _____ Fecha _____

Relacion del niño/a _____

En el caso de emergencia que impliquen a mi hijo y yo no puedo ser localizado, el Wallingford Community Day Care Center, Inc. deben ponerse en contacto con las siguientes:

NOMBRE _____ # de telefono _____ # del Trabajo _____

Relacion del niño/a _____

NOMBRE _____ # de telefono _____ # del Trabajo _____

Relacion del niño/a _____

FIRMA _____ FECHA _____

NOMBRE IMPRESO _____

Problemas medicos conocidos _____

Medicamentos _____

Alergias _____

Fecha de la ultima vacuna contra el tetano _____

Medico del nino/a _____ # de telefono _____

NUMERO DE TELEFONOS DE NO-EMERGENCIA MEDICAS

En caso de no-emergencia medica, tales como un cierre temprano debido a las inclemencias del tiempo, las personas que figuran a continuacion pueden ser llamados a recoger y retirar a mi hijo/a desde el centro y facilitar el transporte:

_____ firma _____ fecha _____

NOMBRE _____ **Relacion al niño/a** _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ **# del trabajo** _____

NOMBRE _____ **Relacion al niño/a** _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ **# del trabajo** _____

NOMBRE _____ **Relacion al niño/a** _____

Dirección _____

de telefono / celular _____ **# del trabajo** _____

OTROS PERMISOS

Yo doy mi permiso para **NOMBRE DEL NIÑO/A** _____
que ha de dars los primeros auxilios en caso de necesidad.

Firma _____ Fecha _____

Relación al niño/a _____

Yo doy mi permiso para **NOMBRE DEL NIÑO/A** _____
para acompañar a los niños de el Wallingford Community Day care Center, Inc
en visitas de campo realizadas durante el momento de la inscripción. Entiendo
que el transporte se hara por furgonetas o autobuses.

Firma _____ Fecha _____

Relación al niño/a _____

Yo doy mi permiso para **NOMBRE DEL NIÑO/A** _____
para acompañar a los niños de el Wallingford Day Care Center, Inc en paseos
supervisadas fuera de los locales del centro.

Firma _____ Fecha _____

Relación al niño/a _____

Yo doy mi permiso para **NOMBRE DEL NIÑO/A** _____
a ser fotografiado por el personal del centro, el periodico y los medios de
comunicacion. Tambien les permito usar el nombre de mi hijo.

Firma _____ Fecha _____

Relacion al niño/a _____

The Wallingford Community Day care Center, Inc
Acuerdo de Padre / madre o tutor

Nombre del niño/a _____ fecha de nacimiento _____
esta inscrito en el programa.

Yo, _____ (por favor escriba el nombre del
padre) estoy de acuerdo a los siguientes terminos.

1. A respetar todas las reglas y regulaciones establecidas por el consejo de administracion para el funcionamiento del programa.
2. A pagar la cuota seminal de \$ _____ el Lunes de la semana, independientemente del servicio o centro de asistencia debido al tiempo de cierre de emergencia.
3. De notificar al centro cuando mi hijo/a no estara en la asistencia.
4. Proporcionar el centro con numerose de telefonos validos, informacion sobre el empleo, y los numeros telefonicos de emergencia actual.
5. De notificar al centro de inmediato cuando se produzca algun cambio en mi estado de empleo, horas, o los ingresos.
6. De notificar al centro de todos los posibles conflictos de custodia, o de otras preocupaciones que pueden resultar nocivos o penoso para mi hijo/a o de otros en el programa.

7.

Las horas y dias en que la atencion que se necesita son:

Lunes	_____ AM hasta _____	PM
Martes	_____ AM hasta _____	PM
Miercoles	_____ AM hasta _____	PM
Jueves	_____ AM hasta _____	PM
Viernes	_____ AM hasta _____	PM

Tenga en cuenta: normas Estatales para permitir que ½ hora el tiempo de viaje hacia y desde su lugar de empleo.

Entiendo que el servicio podra ser denumciado de inmediato si alguno de este acuerdo son violados. Este acuerdo tiene una validez de un año desde la fecha de la firma a menos que revisara o dara por terminado.

Firma _____ Fecha _____
Padre / madre o tutor

THE WALLINGFORD COMMUNITY DAY CARE CENTER, INC.
PRE-REGISTRO DE ADMICION

Nombre completo del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____
Apodo del niño/a _____ Lugar de nacimeinto _____
Hermanos & Hermanas - Nombres & edades: _____

Padres en el hogar _____

Comida:

El niño es capaz de alimentarse a si mismo? _____ suave _____ rapido _____
Utensilio _____ Apetito _____
El niño le gusta? _____ El niño no le gusta _____
Alergias _____

Dormir:

Costumbre de acostarse _____ Se levanta _____
Duerme toda la noche? _____ Se orina en la cama? _____
Toma siestas? _____ Or cuanto tiempo? _____
El niño comparte habitación? _____ Con quien? _____
Cama _____ Cuna _____ Otro (especifique) _____

Habitos de aseo:

Avisa el niño a un adulto cuando necesita ir al baño? _____
Terminos usados - Vejiga _____ Intestinos _____
Puede ayudarse completamente solo a si mismo? _____

Vestirse:

El niño puede vestirse solo? _____ Desvestirse? _____
Cuales son las areas en que necesita ayuda? _____
Botones? _____ Cremalleras? _____ Atar los cordones? _____

Desarrollo:

Lenguaje _____ Claro _____

Temores o hábitos _____

Chuparse el dedo _____ Morderse las uñas _____

Temperamento fuerte _____ Independiente _____

Comentarios _____

Mano derecha _____ Mano izquierda _____ Gafas _____

Anormalidades físicas _____

Juego y relación con otros:

Interés de jefe de juego _____

Juguetes favoritos _____

Instalaciones en el hogar, jardín, etc... _____

Juega solo _____ Con otros _____ Edades _____ Adultos _____

El niño juega con otros niños? _____ Puede compartir? _____

Otras experiencias en grupos _____

Reacción a los extraños _____

Información adicional

Firma del padre/madre _____

Fecha _____

The Wallingford Community Day care Center, Inc.

La autorización del padre / madre o tutor para la administración de medicamentos tópicos no sujetos a prescripción durante el día por el personal de atención

Al enfermero/a de la guardería, el director o el profesor:

Por la presente solicito que los siguientes medicamentos no sujetos a prescripción de medicamentos tópicos ser administrado a mi hijo/a por un miembro del personal de la guardería. Entiendo que debo proporcionar la guardería infantil o un grupo de atención diurna a casa con la no prescripción de medicación tópica en el envase original etiquetados con el nombre del niño, el nombre del medicamento y las instrucciones de la administración de medicamentos.

Esta autorización se limita a los siguientes medicamentos tópicos:

1. Pomada no recetada para el pañal que están libres de antibióticos, antifúngicos o componentes esteroideos.
2. Polvos no recetado médico.
3. Medicamentos no recetados para uso en los dientes.
4. Medicamentos no recetados para uso de repelentes de insectos.
5. Protectos solar no recetado que es *libre de ácido benzoico (PABA) o sus derivados*.

Nombre del niño/a: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Medicamentos: El nombre, la forma de administración, área de aplicación: _____

Programa de administración: _____

Medicamento se administrará a partir de _____ hasta _____
(fecha) (fecha)

Razón por la cual la medicación se administra: _____

He administrado al menos una dosis de la medicación a mi hijo/a, sin efectos secundarios adversos.

Nombre del padre / madre o tutor: _____ Fecha: _____

(imprime)

Firma: _____ Relación del niño/a _____

Dirección: _____ # de teléfono: _____

Completar por el personal:

Formulario de autorización de los padres y la medicación por: _____

(firma del personal)

Medicación comenzó: _____ (fecha y hora)

Medicación terminó _____ (fecha y hora)

* Permiso que no sean los dispuestos por los reglamentos, sino que requiere de este programa de cuidado de niños.

Muestra **APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS**

Centro de Cuidado de Niños/Programa de Nutrición de Head Start

PARTE 1 – Nombre del Niño(a): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Programa Normal de Cuidado del Niño(a) (Marque todos los que aplican): lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
 Hora Normal de Cuidado del Niño(a) (incluya horas e indique AM o PM): _____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM
 Servicio(s) Normal de Alimento que será ofrecido al Niño(a): Desayuno Refrigerio AM Almuerzo Refrigerio PM Cena

PARTE 2A – HOGAR QUE AL PRESENTE RECIBE BENEFICIOS DE SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) O ASISTENCIA TEMPORERA A FAMILIAS (TFA): Complete esta Parte y luego firme en la Parte 3 - NO complete la Parte 2B.

Número de SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos): _____
 Número de Caso de TFA (Asistencia Temporal a Familias): _____

PARTE 2B – TODOS LOS DEMÁS EN EL HOGAR: Si nó completo la Parte 2A, complete esta Parte y la Parte 3.

NOMBRES	INGRESO MENSUAL ACTUAL			
	Ingresos del Trabajo (Antes de las Deducciones) Empleo 1	Welfare, Sustento de Niños, Sustento de Cónyuge	Pagos de Pensión, Retiro, Seguro Social	Ingreso del segundo empleo o cualquier otro Ingreso
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARTE 2C – HIJO DE CRIANZA: Complete esta Parte y la Parte 3. En ciertos casos, los hijos de crianza son elegibles para alimentos gratis o de costo reducido al pesar del ingreso del hogar. Si este es un niño puesto por el estado, marque aquí y escriba el ingreso del "uso personal" del niño(a): \$ _____ y cuan a menudo lo recibe: _____

PARTE 3 – FIRMA: Un adulto del hogar debe firmar y fechar la aplicación antes de que pueda ser aprobada.

PENALIDADES DE FALSA REPRESENTACIÓN: Yo certifico que toda la información arriba es verdadera y correcta y que los números de casos de los cupones y de TFA son actuales, correctos o que todo el ingreso esta reportado. Yo entiendo que esta información esta siendo dada para el recibimiento de fondos federales; que los oficiales de la institución pueden verificar la información en la aplicación y que la falsa representación al propósito de la información puede someterme a persecución bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.

Firma del adulto _____ Numero de Seguro Social _____
 Nombre deletreado del adulto _____ Fecha firmado _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono de Empleo _____ Dirección _____ Código postal _____

PARTE 4 – RAZA/IDENTIDAD ÉTNICA: No es requerido que usted conteste esta pregunta.

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Raza: Blanco Negro o Afro-Americano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Hawaiano Nativo o Isleño del Pacifico

Declaración del Acto de Privacidad. Esta parte explica como la información que usted provee será usada. La Sección 9 del Acta Nacional de Almuerzos Escolares requiere que a menos que el número de SNAP o TFA del participante sea provisto, usted debe incluir el número de seguro social del miembro del hogar firmando la aplicación o una indicación que el miembro del hogar firmando la aplicación no posee un número de seguro social. La provisión de un número de seguro social no es mandatorio, pero si un numero de seguro social no es proviatio o una indicación no es hecha que el miembro adulto del hogar firmando la aplicación no tiene uno, la aplicación no puede ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar el miembro del hogar en llevar cabo esfuerzos de verificar las correcciones de información declarada en la aplicación. Estos esfuerzos pueden ser llevados acabo a través de revisiones del programa, auditorías, e investigaciones y pueden incluir el contactar los empleadores para determinar ingresos, contactar la oficina de SNAP o TFA para determinar certificación actual para el recibimiento de SNAP o beneficios de TFA, contactar la oficina de seguridad de empleados del Estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisando la documentación producida por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingreso recibido. Estos esfuerzos pueden resultar en una perdida o reducción de beneficios, demandas administrativas, o acciones legales si la información reportada es incorrecta. El número de seguro social también puede ser revelado a programas autorizados bajo el Acta Nacional de Almuerzos Escolares y el Acta de Nutrición de Niños, el Interventor General de los Estados Unidos, y los agentes de la ley para el propósito de investigar la violaciones de ciertos programas Federales, Estatales y educación local, de salud y nutrición. Información concerniente a su ingreso puede ser compartida con programas de educación, salud y programas de nutrición para ayudar a evaluar o determinar beneficios para dichos programas; auditores de los programas y oficiales de gobierno para ayudar a identificar violaciones a los reglamentos del programa. Su información también puede ser compartida con el programa de Medicaid o el programa de salud médico para niños (HUSKY), a menos que usted nos pida lo contrario por escrito 30 días después de completar esta aplicación. La información, si es compartida, sera utilizada para identificar niños elegibles para los programas de Medicaid o HUSKY.

Solo Para el Uso del Patrocinador

Conversión del Ingreso Mensual: Semanal X 52 ♦ Cada 2 Semanas X 26 ♦ Dos veces al Mes X 24 ♦ Mensual X 12

Ingreso Total de la Familia \$ _____ Tamaño de la Familia _____ O Hogar recibiendo SNAP/Beneficios de TFA

Elegible Gratis: Elegible Reducido: Sobre Ingreso: Elegible Temporeramente: Gratis Reducida Período de Tiempo: _____

Oficial de Elegibilidad del Patrocinador _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES DE LA APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Favor de completar la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos usando las instrucciones que siguen. Firme la aplicación y regresela al programa. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando la aplicación, contacte a _____ al _____.

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL NIÑO(A): COMPLETE ESTA PARTE. Deletree el nombre del niño(a) inscrito en el programa. Incluya la edad y fecha de nacimiento. Marque los días de la semana que el niño(a) asistirá al programa. Ponga las horas normales que el niño(a) estará en el centro. Marque los alimentos que el niño(a) normalmente será servido mientras esté en el programa. Favor de llenar una aplicación para cada niño(a) inscrito.

PARTE 2A – HOGARES RECIBIENDO SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) O ASISTENCIA TEMPORARIA FAMILIAR (TFA):

COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3.

1. Anote el número de caso de SNAP (anteriormente Cupones de Alimentos) o el número de TFA actual del niño(a). No complete la Parte 2B.
2. Un miembro del hogar adulto debe firmar la aplicación en la Parte 3. Un número de seguro social no es requerido.

PARTE 2B – TODOS LOS DEMÁS EN EL HOGAR: COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3.

1. Escriba el nombre de todas las personas en su hogar aunque no tengan ingresos.
2. Escriba la cantidad de ingresos (la cantidad antes de que los impuestos u otras cosas sean deducidos) recibidos el mes **pasado** para cada uno de los miembros del hogar y de donde vino, tal como ingresos, welfare, pensiones, y otros ingresos (refiera a los ejemplos en la parte de abajo para los tipos de ingresos que reportar). Si alguna cantidad del **mes pasado** fue más o menos de lo normal, escriba el ingreso normal de la persona.
3. Un miembro adulto del hogar debe firmar esta aplicación de elegibilidad de ingresos y dar su número de seguro social en la PARTE 3.

PARTE 2C – HIJOS DE CRIANZA: COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3 PARA CADA HIJO DE CRIANZA QUE VIVE EN SU HOGAR E INSCRITO EN EL PROGRAMA.

1. Escriba el ingreso mensual de “uso personal” del niño(a). Escriba “0” si no recibe ingresos de “uso personal”.
2. Un padre de crianza u otro oficial representando al niño(a) debe firmar la aplicación en la Parte 3. Un número de seguro social no es requerido.

PARTE 3 – FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTA PARTE.

1. Todas las aplicaciones de elegibilidad de ingresos deben tener la firma de un miembro adulto del hogar.
2. El miembro adulto del hogar que firme la aplicación debe incluir su número de seguro social. Si el/ella no tiene un número de seguro social, escriba “ninguno”. Si un número de SNAP o TFA es anotado, no se necesita un número de seguro social.

INGRESOS A REPORTAR

Ingresos de Empleo

Ganancias/salarios/propinas
Beneficios de Huelga
Compensación de Desempleo
Compensación de Empleados
Ingreso limpio de negocios o fincas propias

Pensiones/Retiros/Seguro Social

Pensiones
Ingresos de Seguridad Suplemental
Ingresos de Retiro
Pagos de Veteranos
Seguro Social

Otros Ingresos

Beneficios de Incapacidad
Dinero retirado de cuentas de ahorros
Intereses/dividendos
Ingresos de propiedades/fondos/inversiones
Contribuciones regulares por personas que no viven en el hogar
Realezas limpias/anualidades/
Ingresos limpios de renta
Cualquier otro ingreso

Ingresos del Niño(a) Adoptado

Solo los fondos de la agencia del welfare identificados por categoría para el uso personal del niño(a) (ropa, pagos de escuela, etc. fondos de la familia del niño(a) para el uso personal y ganancias que no sean de trabajos ocasionales.) **No** cuenta fondos de la agencia de welfare para refugio, cuidado, etc.

Welfare/Sustento de Niños y/o Cónyuge

Pagos de asistencia pública
Pagos del Welfare
Pagos de Sustento de Niños y/o Cónyuge

Hogares Militares

Todo ingreso monetario, incluyendo viviendas militares/mensualidades para uniformes. No incluye beneficios “donados” **no** pagados monetariamente (viviendas en base, ropa, comida, cuidado médico, etc.).

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los E. U., está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.



**Estado de Connecticut–Departamento de Salud Pública
Programa Especial de Alimentación Suplementario
para Mujeres, Infantes y Niños
–Programa WIC–**

¿Qué es el Programa WIC?

El Programa WIC ayuda a mujeres infantes y niños de 1 a 5 años. Es un programa nutricional suplementario, el cual ofrece alimentos nutritivos e información sobre nutrición. Las mujeres embarazadas, a que estén dando el pecho o que ya hayan dando a luz a sus bebés, recibirán cheques de WIC, igual que sus infantes y niños. Todos deben ser de bajo ingreso y tener un riesgo nutricional para qualificar.

¿Cómo puedo solicitar?

Si usted necesita WIC, usted debería ir a su oficina local del WIC para solicitar (lista adjunta). Para información, llame al Estado de Connecticut, Departamento de Salud Pública al 1-800-741-2142.

¿Cuánto tiempo se tomo?

La oficina del WIC le hará una cita para evaluar el ingreso de su familia y estado de salud. Ellos tratarán de verlo(a) lo más pronto posible. Usted tendrá que traer una información básica de salud de su doctor. El personal de WIC le hará preguntas sobre su alimentación, evaluará sus necesidades y le prescribirá alimentos WIC. Ellos, también le darán información sobre cómo obtener otras ayudas, como vacunas (inmunizaciones) para sus niños, cuidado de salud para usted, lactancia materna, nutrición adecuada para su bebé y como usar los alimentos WIC.

¿Dónde puedo obtener alimentos usando WIC?

Una vez que usted es elegible para usar los servicios del Programa WIC, usted recoge sus cheques en la oficina y los usa en una tienda local o farmacias para alimentos, Ahí usted cambia los cheques por leche, queso, huevos, cereales, habichuelas (frijoles) secos y fórmulas para bebés. El personal de WIC le informará a qué tiendas puede ir y cómo usar los cheques.

No-discriminación:

WIC es un programa de Igualdad de Oportunidades. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación en sus programas ya sea por raza, color, origen nacional, sexo, edad o por alguna incapacidad física. Si usted cree que se haya discriminado por alguna de estas razones, favor de escribir una querrela al Secretario de Agricultura, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Washington, DC 20250, o llame al teléfono 1-800-245-6340.

PROGRAMAS LOCALES DEL WIC

NOTA: Si usted tiene cualquier pregunta con relación a los diferentes Programas WIC en Connecticut, favor de llamar al 1-800-741-2142.

The ACCESS Agency (2):
1315 Main Street, Suite 2
Willimantic, CT 06226
(860) 450-7405

@Day Kimball Hospital
320 Pomfret Street, 3rd Floor
Putnam, CT 06260
(860) 928-3660

EAST HARTFORD (2):
50 Chapman Place
East Hartford, CT 06108
(860) 528-1458

@Rockville Hospital
11 Park Street
Rockville, CT 06066
(860) 875-0602

MERIDEN (2):
165 Miller Street
Meriden, CT 06450
(203) 630-4245

@ Middletown
8 Crescent Street
Middletown, CT 06457
(860) 358-4070

TORRINGTON
350 Main Street, Suite C
Torrington, CT 06790
(860) 489-1138

WATERBURY (3):
95 Scovill Street
Waterbury, CT 06706
(203) 574-6785

232 North Elm Street
Waterbury, CT 06702
(203) 574-8384

BRIDGEPORT
752 East Main Street
Bridgeport, CT 06608
(203) 576-8072

DANBURY
McLean House
13 Main Street
Danbury, CT 06810
(203) 797-4629

NEW HAVEN (4):
HOSPITAL OF ST. RAPHAEL
1401 Chapel Street
New Haven, CT 06511
(203) 789-3563

**@FAIR HAVEN COMM. HEALTH
CENTER**
350 Grand Avenue
New Haven, CT 06513
(203) 773-5007

@HILL HEALTH CENTER
428 Columbus Avenue
New Haven, CT 06519
(203) 503-3080

@YALE-NEW HAVEN HOSPITAL
789 Howard Avenue
New Haven, CT 06504
(203) 688-5150

@Naugatuck Valley Health District
98 Bank Street
Seymour, CT 06483
(203) 888-1271

BRISTOL (2):
9 Prospect Street
Bristol, CT 06010
(860) 585-3280

@New Britain
450 Main Street
New Britain, CT 06095
(860) 225-8695

HARTFORD
Burgdorf/Fleet Health Ctr
131 Coventry Street
Hartford, CT 06112
(860) 543-8835

@Santa Marquez WIC Ctr
547 Park Street
Hartford, CT 06106
(860) 722-8030

STAMFORD (2):
888 Washington Blvd
Stamford, CT 06904
(203) 977-4385

**@Norwalk Department of
Health**
137-139 East Avenue
Norwalk, CT 06851
(203) 854-7885

T.V.C.C.A (2):
81 Huntington Street
New London, CT 06320
(860) 444-0006

@T.V.C.C.A
401 W. Thames St Unit 201
Norwich, CT 06360
(860) 889-1365

Para ser elegible por ingreso: Una familia de cuatro (4) personas debe tener un ingreso bruto de \$40,793.00 o menos. Por cada miembro adicional de la familia añada \$6,919. Ejemplo: Una familia de tres (3) puede hacer hasta \$652 (antes de impuestos) a la semana, para ser elegible.

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, we are prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint, write to: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-5382 (TTY).

Construyendo Para El Futuro

Esta guardería infantil diurna participa en el Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías (CACFP por sus siglas en inglés: Child and Adult Care Food Program) un programa Federal que provee comidas y bocadillos saludables a niños y a adultos en guarderías diurnas.

Todos los días, más de 2.6 millones de niños participan en el programa del CACFP en centros y en hogares de familia para el cuidado de niños. Los proveedores son reembolsados por servir comidas nutritivas que cumplen con los requisitos establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El programa juega un papel vital al mejorar la calidad de las guarderías y al poner las guarderías al alcance económico de familias de bajos recursos.

Alimentos

Hogares y centros del CACFP siguen los patrones alimentarios establecidos por USDA.

Desayuno	Almuerzo o Comida	Bocadillos (Dos de los cuatro grupos)
Leche Fruta o verdura Granos o pan	Leche Carne o un alternativo de carne Granos o pan Dos porciones diferentes de frutas o verduras	Leche Carne o un alternativo de carne Granos o pan Fruta o verdura

Establecimientos del CACFP

Muchos tipos de establecimientos diferentes operan el CACFP, compartiendo todos el objetivo común de brindar comidas y bocadillos nutritivos a sus participantes. Estos incluyen:

- **Centros de Cuidado de Niños (Child Care Centers)** Centros para el cuidado de niños, ya sean públicos o privados pero no lucrativos, que hayan sido licenciados o aprobados; programas del Head Start, y algunos centros para por lucro.
- **Hogares de Familia Para el Cuidado de Niños (Family Day Care Homes)** Hogares privados licenciados o aprobados.
- **Programas Escolares Después de Clases (Afterschool Care Programs)** Centros en áreas geográficas de bajos ingresos que proveen bocadillos gratis a niños de edad escolar y a jóvenes.
- **Centros de Refugio Para Gente Sin Hogar (Homeless Shelters)** Centros de emergencia de refugio que proveen servicios residenciales y de comidas a niños sin hogares.

Elegibilidad

Agencias estatales reembolsan establecimientos que ofrecen cuidado no residencial a los siguientes niños:

- niños hasta los 12 años de edad,
- niños de familias migratorias hasta los 15 años de edad,
- jóvenes hasta los 18 años de edad en programas escolares después de clases en áreas de necesidad.

Para Más Información

Si está interesado en participar en el CACFP, por favor pongase en contacto con uno de los siguientes:

Organización Patrocinadora/Centro

The Wallingford Community Day Care Center, Inc. 80 Wharton Brook Drive Wallingford, CT 06492 (203) 294-4176	Cheryl Resha, Education Manager State Department of Education Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education 25 Industrial Park Road Middletown, CT 06457
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos
rev. 06-09

Spanish version