



CHILDREN'S ENROLLMENT APPLICATION
APLICACIÓN DE MATRICULA

Child's Name/Nombre de Niño(a): Sex/Sexo:

Child's SS #/Número de SS: Date of Birth / Fecha de Nacimiento:

Enrollment Date/Fecha de Matricula:

Address/Dirección:

Mother's Name/ Nombre de Madre:

Father's Name/ Nombre de Padre:

Mother's SS #:

Father's SS #:

Mother's Date of Birth Fecha de Nacimiento de la madre:

Father's date of Birth/ Fecha de Nacimiento del Padre:

Home Address/Dirección de Casa:

Home Address/Dirección de Casa:

Home Phone/ Teléfono de Casa:

Home Phone/ Teléfono de Casa:

Cell Phone /Telefono Celular:

Cell Phone /Telefono Celular:

Business Name & Address/ Dirección Comercial Y Telefono

Business Name/Address/ Nombre Y Telefono

PERSONS AUTHORIZED TO ASSUME RESPONSIBILITY FOR THE CHILD, IF PARENT IS NOT AVAILABLE/ PERSONAS AUTORIZADAS PARA ASUMIR RESPONSABILIDAD POR EL NIÑO(A), SI PADRE(S) NO DISPONIBLES:

Name/Nombre:

Name/Nombre:

Relationship/Relación:

Relationship/Relación:

Address/Dirección:

Address/Dirección:

Phone/Numero de Telefono:

Phone/Numero de Telefono:

By my signature, I attest to the following: Por mi firma, Yo testifico a lo siguiente:

- That the above information is correct/ Toda informacion es correcta.
That in the event of a medical emergency, I authorize BLACK UNITED FUND to seek emergency medical care for my child as deemed necessary by the Director.
That I have received the Information to Parents Document/ Yo he recibido la Información a los Padres.

Parent Signature/Firma



**APPLICATION
APLICACION**

Reason for requesting Child Care/ Razon por pedir cuidado de niño:

Hours of Child Care Needed/ Horas de Cuidado de Niño(a) Deseado:

From/Desde: _____ **To/Hasta:** _____

Work Hours/ Horas de Trabajo: _____

Has child been in Day Care before/ Ha estado el niño(a) en Cuidado antes? _____

Name & Address/ Nombre y Dirección: _____

Tel. Number/ Num. de Teléfono:

OTHERS IN HOUSEHOLD/ OTRAS PERSONAS EN CASA

NAME/ NOMBRE	RELATIONSHIP TO CHILD RELACION AL NIÑO(A)	AGE EDAD	EMPLOYED OR HOME EMPLEADO O CASA
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			

**VOUCHER, FAMILY DEVELOPMENT PROGRAM, WELFARE(AFDC) OR SOCIAL SECURITY/
RECIBE ASISTENCIA PÚBLICA O SEGURO SOCIAL**

K I N D O F A S S I S T A N C E / T I P O D E A S I S T E N C I A:

CASE NUMBER/ NUMERO DE CASO:

MEDICAID/ NUMERO DE MEDICAID:

**REFERALL INFORMATION
INFORMACION DE REFERENCIA**

REFERRED BY/ REFERIDO POR: _____

ADDRESS/ DIRECCION: _____

PHONE/ NUMERO DE TELEFONO: _____

PARENT'S SIGNATURE/ FIRMA DE PADRE: _____ **DATE** _____

Who Will Pick Up Child? *Quien Recojera A Su Niño(a)?*

Child Name/Nombre de Niño(a): _____

1. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

2. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

3. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

4. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

5. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

7. Name/Nombre: _____

Relationship/Relacion: _____

Telephone/Num. Tel.: _____

Address/Dirección: _____

Parent Questionnaire

Tell Us About Your Child

Name/Nombre _____

Likes/Gustos _____

Dislikes/Que no le gusta _____

Hobbies or Special Interest/Entretenimientos _____

Does your child make friends easily?/Hace su hijo(a) amigos con facilidad?

Yes / Si _____ No _____

What is your child's favorite's book?/Cual es el libro favorite de su hijo(a)?

What holidays do you celebrate? / Que dias festivos ustedes celebran?

Is a language other than English spoken in your home? / Que otro idioma hablan en su casa aparte del Ingles? Yes / Si _____ No _____

Child's Strengths? / Cuales son las habilidades de su hijo(a)?.

What foods do your child likes to eat? / Cuales son las comidas que le gustan comer a su hijo(a)? _____

Any special allergies or food restrictions? Tiene su hijo(a) algun tipo de alergia o restricciones en la comida? _____

Any additional information about your child? / Alguna otra información adicional acerca de su niño(a): _____

Any other children at home? / Hay mas niños en su casa? Yes/Si _____ No _____

Number of Sisters / Cuantas Hermanas? _____

Number of brothers / Cuantos Hermanos? _____

**DEVELOPEMENTAL HISTORY
LA HISTORIA DE DESARROLLO**

Child's Name/ Nombre de Niño(a): _____

Birth Date/ Fecha de Nacimiento: _____

PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL:

Type of Birth/ Tipo de Nacimiento:

Normal/Normal? _____ Premature/Prematura? _____ Complications/Complicaciones? _____

Age he/she Began to../Edad en la que el niño(a) Empezó a:

Sitting/Sentarse? _____ Crawling/Gatear? _____ Walking/Caminar? _____

Drinking from a Glass/ Empezo tomando de un vaso? _____

Age he/she Stopped/Edad en la que el niño(a) dejo de:

Drinking from a Bottle/ Tomar la Botella? _____

Did she/he use a Pacifier/ Niño(a) uso un Chupete? Yes/Si _____ No _____

Age he/she Began/Edad niño(a) Empezó a:

Speaking/ hablar? _____

Speaking in Sentences/Hablar en Oraciones? _____

Does he/she /Niño(a)

Have any difficulties in speaking/Tiene dificultades al hablar? _____

What other Languages are spoken/ Qué otros Idiomas se habla? _____

Special Words he/she uses to describe his/her needs? Palabras especiales que el o ella usa para describir sus necesidades? _____

HEALTH/SALUD:

What arrangements do you have for child's care during illness?/Qué arreglos usted puede hacer para el cuidado de niño durante la enfermedad? _____

Doctor's Name/Nombre de Doctor: _____

Address/Direccion: _____

Phone Number/Numero de Teléfono: _____

Check All That Apply/Señale Todo lo que Aplique:

What communicable diseases has your child had/ Qué enfermedades comunicativas el niño(a) ha tenido?

Measles/ Sarampión _____ Rubella (German Measles)/ Rubéola (el Sarampión Alemán) _____

Mumps/ Paperas _____ Chicken Pox/Varicela _____

Whooping Cough/Tos Ferina _____ Other/Otra _____

DEVELOPMENTAL HISTORY LA HISTORIA DE DESARROLLO

Any Serious Illness or Hospitalization/ Cualquier Enfermedad Seria u Hospitalización?

Hospital Preferred/Hospital Preferido: _____

Any physical disabilities/ Cualquier invalidez física? _____

Any Known Allergies/ Alguna Alergia Conocida _____

(Asthma, Hay Fever, Insect Bites, Medicine, etc.)

(Asma, Fiebre de Heno, Mordidas de Insectos, Medicina, etc.,)

Check All That Apply/
Señale Todo Lo Que Aplique:

Other/Otro: _____

How many colds has your child had this past year?/ Cuántos resfriados su niño(a) ha tenido este último año? _____

How does the child react to an elevated/declining temperature/ Cómo reacciona su niño(a) a una temperatura elevada? _____

Special Instructions if the child becomes ill/ Instrucciones especiales si el niño se pone enfermo?

Are any medications given regularly/ Cualquier medicación dada regularmente?

YES/SI _____ NO _____ Please Name them/Por favor escríbalas _____

EATING/COMIENDO

Is the child usually hungry at mealtime? /¿El niño está normalmente hambriento en hora de comer?
_____ Between meals/ Entre las comidas _____

What are his favorite foods?/ ¿Cuáles son sus comidas favoritas?

What Foods are refused?/ Qué comidas se niegan? _____

What eating problems does the child have?/ ¿Qué comidas causan problemas al niño(a)?

Any food allergies?/ ¿Cualquier alergia de comida? _____

Does child eat with spoon/ Niño(a) come con cuchara? _____ Fork/Tenedor _____ Hands/Manos _____

Can your child drink regular milk?/ Su niño(a) puede tomar leche regular?

Yes/Si _____ No _____

If NO, Please Explain/NO, Por Favor Explique:

DEVELOPMENTAL HISTORY

La Historia de Desarrollo

TOILET HABITS/HABITOS DE BANOS

Can the child be relied upon to indicate his/her bathroom wishes?/ ¿Se puede contar con el niño(a) en indicar los deseos de usar baño? _____

What word is used for urination?/ Qué palabra se usa para orinar? _____ for bowel movement?/ Para defecar? _____

Does the child need to go more frequently than usual for his/her age/ El niño(a) necesita ir más que usual para la edad del e o ella? _____

Is he/she frightened of the bathroom?/ ¿Se asusta del baño? _____

Does he/she have accidents?/ ¿El niño(a) tienen accidentes? _____

How does he react to them?/ ¿Cómo él reacciona a ellos? _____

Was the child easy or difficult to train?/ ¿El niño(a) fue fácil o difícil de enseñar? _____

Does the child wet his bed at night?/ ¿El niño(a) moja su cama por la noche? _____

How often?/ Qué tan a menudo? _____

SLEEPING/DURMIENDO

What time does child go to Bed?/ A que hora se va a dormir el niño(a) ? _____

Is he/she ready for sleep?/ ¿El/Ella está listo para dormir? _____

What time does he/she awake?/ Qué hora el/ella despierta? _____

Does he/she have his own bed?/ ¿Niño(a) tiene su propia cama? _____

Does he/she have their own room?/ ¿Niño(a) tiene su propio cuarto? _____

Does he/she walk, talk, or cry out at night?/

¿Niño(a) camina, charla, o lamenta por la noche? _____

What is his/her mood on awakening?/ ¿Qual es el humor del niño(a) al despertar? _____

Does he/she take naps?/ ¿Niño(a) toma siestas? _____

From when/De _____ To/A _____

DEVELOPMENTAL HISTORY

La Historia de Desarrollo

SOCIAL RELATIONSHIPS/RELACIONES SOCIALES:

Has he/she had experiences in playing with other children?/¿Niño(a) ha tenido experiencias jugando con otros niños? _____

By nature is he/she /Por naturaleza niño(a) es _____ friendly/Amigable Aggressive/Agresivo(a) _____
Shy/Timido(a) _____ Or Withdrawn/O Retirado(a) _____

How does he/she get along with his/her brothers and sisters?/ ¿Cómo se lleva con los hermanos y hermanas?
_____ Other Adults?/Otros Adultos _____

With what age does he/she prefer to play?/ ¿Con personas de qué edad prefiere su niño/a jugar? _____

Does he/she know any children at the center?/ ¿Niño(a) conocen a algún niño en el centro? _____

Do you feel he/she will easily adjust to the Preschool situation?/ ¿Siente usted que su niño/a se acostumbrara fácilmente al ambiente de pre-escolar? _____

Does he/she enjoy being alone?/ ¿Niño(a) disfruta estar solo(a)? _____

How does he relate to strangers?/ ¿Cómo él/ella se relaciona con los extraños? _____

Does he/she have a lot of adult attention?/ ¿El niño(a) tiene mucha atención de adultos? _____

What makes him/her upset, or angry?/Que hace que niño(a) se perturba o se enfada?

How does he/she show his/her feelings?/ Como niño(a) demuestra sus sentimientos?

What do you find is the best way of handling him/her?/Cuál es la mejor manera de tratar de controlarlo?

DEVELOPMENTAL HISTORY

La Historia de Desarrollo

Who does the disciplining?/ ¿Quién disciplina el niño(a)? _____

Is he/she frightened by any of the following?/ El niño(a) se asusta por cualquiera de lo siguiente:

Animals/Animales _____ Rough Children/ Niños ásperos _____ Dark/La Oscuridad _____

Loud Noises/ Ruidos Fuertes _____ Storms/Tormentas _____

Anything Else?/Alguna otra cosa? _____

Favorite toys and activities at home?/¿Los juguetes favoritos y actividades en casa?

Does he/she have play mates?/Tiene su niño(a) alguien con quien jugar: _____

When, Where and What do they play?/Cuando, Donde y Que juegan:

Does he/she like to read?/ El o Ella le gusta leer? _____

Listen to Music?/ Escucha Musica? _____

Does he/she like to play outdoors?/ ¿Le gusta jugar al aire libre? _____

Can he/she ride a tricycle?/ ¿Puede montar un triciclo? _____

Has he/she had any experiences with Clay/ Tiene cualquier experiencia con la Arcilla _____ Scissors/Tijeras _____

Easel/Caballote _____

Painting/Pintura _____ Blocks/Bloques _____ Water Play/Jugar con agua _____

COMMENTS/COMENTARIOS:

In what particular ways can we help your child this year?

¿De qué manera particular nosotros podemos ayudar su niño(a) este año?



Estimado Padre(s)/Guardián:

El Estado de New Jersey nos ha informado que tenemos que remover el nombre de su niño(a)s de la lista de alergias que exhibimos en la cafetería, salón de clases y en el área de la cocina. Esto lo podemos evitar si recibimos un permiso escrito de usted autorizando a la escuela, que sí podemos exhibir el nombre de su niño(a) y la alergia que tiene.

Nosotros creemos que es importante que todos los empleados, de la escuela Pre-escolar de BUF/HHS, deben saber la clase de alergia que tiene su niño(a) para tomar las precauciones y seguridad necesaria.

Por lo tanto, queremos que usted lea y firme el siguiente formulario.

Gracias por su cooperación en este asunto.

Sinceramente,

Sondra R. Clark
President/CEO

Formulario de Permiso para exhibir el nombre y la alergia de su niño(a)

Yo, _____ Padre/Guardián de _____, autorizo a la escuela Pre-escolar de BUF/HHS a exhibir el nombre de mi niño(a) en la lista de Alergias.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha: _____



Dear Parent(s)/Guardian:

The State of New Jersey has informed us that we must remove your child's name from the Allergy List posted in our cafeteria, classrooms and kitchen area unless we receive written permission from you to do so.

We feel that it is very important for all the staff at the BUF/HHS Preschool to know your child's allergies for his/her safety.

We, therefore would like for you to read and sign the following permission slip.

Thank you for your cooperation in this matter.

Sincerely,

Sondra R. Clark
President/CEO

Allergy Posting Permission Slip

I, _____ the parent of _____, do hereby give
my permission to post my child's name on the Allergy List in full view of all at the BUF/HHS Preschool.

Print Name

Signature

Date: _____



Parent's Agreement

Parent's Agreement

I consent to the enrollment of my child,

In the Black United Fund Health and Human Services Corporation Pre-school – Program and I agree to hold BUF harmless from any sickness or illness of my child while in BUF's care and custody **except** in the case of negligence on the part of BUF or a member of its staff.

I give my consent for my child to take part in field trips excursions under proper supervision.

I agree to fully comply with the rules and regulations of the Preschool Program and of the Black United Fund Health and Human Services Corporation

I further agree that in case of accident, injury, or an emergency, I hereby consent to provision of medical care may be given in the event that I cannot be contacted immediately.

Agreed and accepted

By: _____ Mother's Signature

By: _____ Father's Signature

_____ Date

Acuerdo de Padres

Acuerdo de Padres

Doy mi consentimiento a la inscripción de mi niño(a),

Yo, y el Programa Pre-escolar del Black United Fund Health and Human Services Corporation, estoy de acuerdo de mantener A BUF indemne de cualquier enfermedad o lesión de mi niño (a) mientras este en el cuidado o custodia de BUF **excepto** en caso de negligencia en la parte de BUF o un miembro de su personal.

Yo doy mi consentimiento para mi niño tomar parte en las excursiones de viajes bajo la vigilancia apropiada.

Yo me comprometo a cumplir a cabo las reglas y regulaciones del Programa Pre-escolar del Black United Fund Health and Human Services.

Tambien estoy de acuerdo, que en caso de accidente, lesión, o una emergencia, por la presente consiento que le provean el cuidado medico que pueda darse en caso de que yo un pueda ser avisado (a) inmediatamente..

Firmado y aceptado

Por: _____ Firma de Madre

Por: _____ Firma de Padre

_____ Fecha



10:122-3.6 Information to Parents Document

May be copied onto center letterhead and distributed to parents with Information to Parents document

**OFFICE OF LICENSING
INFORAMTION TO PARENTS LETTER**

Dear Parent:

In keeping with New Jersey's child care center licensing requirements, we are obliged to provide you, as the parent of a child enrolled at our center, with this informational statement. The statements highlights, among other things: your right to visit and observe our center at any time without having to secure prior permission; the center's obligation to be licensed and to comply with licensing standards; and the obligation of all citizens to report suspected child abuse/neglect/exploitation to the State Central Registry Hotline.

Toll Free at 1-877-NJ ABUSE (1-877-625-2873)

Please read this statement carefully and if you have any questions, feel free to contact me at (908) 561-0123.

Sincerely,

Sondra Clark.
President/CEO

Please read and return this portion to the center. (Please print)

Name of Child: _____

Name of Parent: _____

I have read and received a copy of the Information to Parents document prepared by the Office of Licensing, Child Care & Youth Residential Licensing in the Department of Human Services.

Signature: _____ Date: _____



10:122-3.6 Information to Parents Document

May be copied onto center letterhead and distributed to parents with Information to Parents document

**OFICINA DE LISENCIAS
CARTA DE INFORAMCION PARA LOS PADRES**

Queridos Padres:

Siguiendo los requisitos de licenciatura del estado de New Jersey, estamos obligados a proveerle a usted, el padre/madre del niño/a matriculado en nuestro centro, con declaración informática. Los momentos culminantes de las declaraciones, entre otras cosas; su derecho a visitar y observar nuestro centro cuando quiero sin tener que pedir permiso anterior; la obligación del centro a ser autorizado y cumplir con las normas de la licenciatura; y la obligación a todos los ciudadanos para reportar algún abuso infantil/abandon/explotacion a la Linea Caliente del Estado de Registros Central:

Número Gratuito 1-877-NJ ABUSE (1-877-652-2873)

Por favor lea esta declaración con cuidado si tiene alguna pregunta, por favor llámeme al (908) 561-0123.

Sinceramente,

Sondra Clark.
President/CEO

Por favor lea y regrese esta porción a la oficina. (Letra imprenta)

Nombre del Niño: _____

Nombre del Padre: _____

Yo he leído y he recibido una copia del documento de Información para los Padres preparada por la Oficina de Licencias, Cuidado de Niños y Jóvenes Residentes en el Departamento de Servicios Humanos.

Firma: _____ Fecha: _____



10:122-3.6 Information to Parents Documents

Must be distributed to parents of every enrolled child and to all staff members

The center may call the Office of Licensing for Spanish translation of this document

OFFICE OF LICENCING INFORMATION TO PARENTS

Under provisions of the Manual of Requirements for Child Care Centers (N.J.A.C. 10:122), every licensed child care center in New Jersey must provide to parents of enrolled children written information on parent visitation rights, State licensing requirements, child abuse/neglect reporting requirements and other child care matters. The center must comply with this requirement by reproducing and distributing to parents this written statement, prepared by the Office of Licensing, Child Care & Youth Residential Licensing in the Department of Human Services (DHS). In keeping with this requirement, the center must secure every parent's signature attesting to his/her receipt of the information.

* * * * *

Our center is required by the State Child Care Licensing law to be licensed by the Office of Licensing, Child Care & Youth Residential Licensing in the Department of Human Services. A copy of our current license must be posted in a prominent location at our center. Look for it when you're in the center.

To be licensed, our center must comply with the Manual of Requirements for child Care Center (the official licensing regulations). The regulations cover such areas as: physical environment/life-safety; staff qualifications, supervision, and staff/child ratios; program activities and equipment; health, food and nutrition; rest and sleep requirements; parent/community participation; administrative and record keeping requirements; and other.

Our center must have on the premises a copy of the Manual of Requirements for Child Care Centers and make it available to interested parents for review. If you would like to review our copy, just ask any staff member. Parents may secure a copy of the Manual of Requirements by sending a check or money order for \$5 made payable to the "Treasurer, State of New Jersey", and mailing it to:

State of New Jersey
Department of Human Services
Licensing Publication Fess
PO BOX 34399
Newark, New Jersey 07189-4399.

We encourage parents to discuss with us any questions or concerns about the policies and program of the center or the meaning, application or alleged violations of the Manual of Requirements for Child Care Centers. We will be happy to arrange a convenient opportunity for you to review and discuss these matters with us. If you suspect our center may be in violation of licensing standards, you are entitled to report them to the Office of Licensing by calling toll-free 1-877-667-9845. Of course, we would appreciate your bringing these concerns to our attention, too.

Our center must have a policy concerning the release of children to parents or people authorized by parent(s) to be responsible for the child. Please discuss with us your plans for your child's departure from the center.

Our center must have a policy about administering medicine and health care procedures and the management of communicable diseases. Please talk to us about these policies so we can work together to keep our children healthy.

Our center must have a policy concerning the expulsion of children from enrollment at the center. Please review this policy so we can work together to keep your child in our center.



Parents are entitled to review the center's copy of the Office of Licensing's Inspection/Violation Reports in the center, which are issued after every State licensing inspection of the center. If there is a licensing complaint investigation, you are also entitled to review the Office's Complaint Investigation Summary Report, as well as any letters of enforcement or other actions taken against the center during the current licensing period. Let us know if you wish to review them and we will make them available for your review.

Our center must cooperate with all DHS inspections/investigations. DHS staff may interview with staff members and children.

Our center must put in written statement of philosophy on child discipline in a prominent location and make a copy of it available to parents upon request. We encourage you to review it and to discuss with us any questions you may have about it.

Our center must post a living or diagram of those rooms and areas approved by the Office for the children's use. Please talk to us if you have any questions about the center's space.

Our center must offer parents of enrolled children ample opportunity to assist the center in complying with licensing requirements; and to participate in and observe the activities of the center. Parents wishing to participate in the activities or operations of the center should discuss their interest with the center director, who can advise them of what opportunities are available.

Parents of enrolled children may visit our center at any time without having to secure prior approval from the director or any staff member. Please feel free to do so when you can. We welcome visits from our parents.

Our center must inform parents in advance of every field trip, outing, or special event away from the center, and must obtain prior written consent form parents before taking a child on each such trip.

Our center is required to comply with the New Jersey Law Against Discrimination (LAD), P.L. 1945, c. 169 (N.J.S.A. 10:5-1 et seq.), and the Americans with Disabilities Act, P.L. 101-336 (42 U.S.C. 12101 et seq.). Anyone who believes the center is not in compliance with these laws may contact the Division on Civil Rights in the New Jersey Department of Law and Public Safety for information about filing an LAD claim at (609) 292-4605 (TTY users may dial 711 to reach the New Jersey Relay Operator and ask for (609) 292-7701), or may contact the United States Department of Justice for information about filing an ADA claim at (800) 514-0301 (voice) or (800) 514-0383 (TTY).

Anyone who has reasonable cause to believe that an enrolled child has been or is being subjected to any form of hitting, corporal punishment, abusive language, ridicule, harsh, humiliating or frightening treatment or any other kind of child abuse, neglect, or exploitation by any adult, whether working at the center or not, is required by State law to report the concern immediately to the State Central Registry Hotline:

Toll-Free at: 1-877-NJABUSE (1-877-652-2873). Such reports may be made anonymously.

Parents may secure information about child abuse and neglect by contacting

Community Education Office
Division of Youth and Family Services
PO BOX 717
Trenton, New Jersey 08625-0717

Parent Signature _____ Date _____

Director Signature _____ Date _____



10:122-3.6 Information to Parents Documents

Must be distributed to parents of every enrolled child and to all staff members

The center may call the Office of Licensing for Spanish translation of this document

OFICINA DE LISENCIAS INFORMACION PARA LOS PADRES

Según las disposiciones del Manual de Requisitos de los Centros de Cuidado Infantil (NJAC 10:122), cada centro de cuidado infantil con licencia de New Jersey debe proporcionar a los padres de los niños registrados por escrito la información sobre los derechos de visita, requisitos de concesión de licencias estatales, abuso/información de los requisitos de los reportes de negligencia y otros asuntos relacionados con el centro. Para cumplir con estos requisitos, el centro de cuidado infantil debe producir y distribuir a los padres esta declaración por escrito preparada por la Oficina de Licencias, Cuidado de Niños y Jóvenes Residentes en el Departamento de Servicios Humanos (DHS). En consecuencia con este requisito, el centro debe asegurar la firma de todos los padres que acredite su recepción de la información.

La Ley de Licencias Estatal requiere que nuestro centro de cuidado infantil tenga una licencia otorgada por la Oficina de Licencias, Cuidado de Niños y Jóvenes Residentes del Departamento de Servicios Humanos. Una copia de nuestra licencia actual debe ser colocada en un lugar prominente en nuestro centro. Usted puede buscarla cuando visite el centro.

Para ser otorgados una licencia, nuestro centro debe cumplir con el Manual de Requisitos del Centro para el cuidado de niños (los reglamentos de la oficina de licencias). Las regulaciones cubren áreas tales como: entorno físico y seguridad de vida, personal calificado, la supervisión, proporción del personal y de niños; las actividades del programa y equipos de salud, alimentación y nutrición, normas de descanso y siestas; participación de los padres/comunidad; requisitos de mantenimiento de la administración y registros, y otros.

Nuestro centro debe siempre mantener una copia del Manual de Requisitos de los centros de cuidado infantil en el establecimiento y ponerlo a disposición de los padres interesados en su revisión. Si usted desea revisar nuestra copia, sólo pregunte a cualquier miembro del personal. Los padres pueden obtener una copia del Manual de Requisitos enviando un cheque o giro postal por \$ 5 a nombre de "Treasurer, State of New Jersey", y enviarlo por correo a:

Estado de Nueva Jersey
Departamento de Servicios Humanos de
Concesión de licencias de publicación Fees
PO BOX 34399
Newark, New Jersey 07189-4399.

Animamos a los padres a que se acerquen a nosotros con cualquier pregunta o preocupación acerca de las políticas, del programa del centro o todo sentido, la aplicación o alegaciones violadas en el Manual de Requisitos para Centros de Cuidado Infantil. Estaremos encantados de arreglar una cita para tener la oportunidad de que usted pueda revisar y discutir estos asuntos con nosotros. Si usted sospecha que nuestro centro puede estar violando las normas de concesión de licencias, usted tiene el derecho de reportarlo a la Oficina de Licencias llamando a la línea gratuita 1-877-667-9845. Por supuesto, agradeceríamos que usted pueda traer esas inquietudes a nosotros también.

Nuestro centro debe tener una política relativa a la liberación de los niños a los padres o las personas autorizadas por el padre (s) a ser responsables por el niño. Por favor discuta con nosotros sus planes para la salida de su hijo desde el centro.

Nuestro centro debe tener una póliza sobre la administración de medicina y los procedimientos de atención de salud y manejo de enfermedades contagiosas. Por favor hable con nosotros sobre estas políticas para que podamos trabajar juntos para mantener la salud de nuestros niños.

Nuestro centro debe tener una política relativa a la expulsión de los niños matriculados en el centro. Por favor revise esta política, así trabajaremos juntos para mantener a su hijo en nuestro centro.



Los padres tienen derecho a revisar la copia de la Inspección de la Oficina de Licencias / Informes de Violación en el centro que se mantiene dentro del establecimiento, las cuales se otorgan después de cada inspección al centro. Si esta es una investigación de la queja de licencia, usted también puede revisar la copia del informe de la Oficina de Investigación Informe, así como cartas y aun de ejecución u otras acciones tomadas en contra del centro durante el período de licencia actual. Háganos saber si usted desea revisarlos para ponerlos a disposición para su revisión.

Nuestro centro tiene que cooperar con todas las inspecciones/investigaciones de DHS. El personal de DHS puede entrevistar al personal y niños del centro.

Nuestro centro debe poner por escrito una declaración de la filosofía sobre la disciplina del niño en el centro en un lugar prominente y proveer una copia de la misma a los padres que lo soliciten. Le animamos a revisar y discutir con nosotros cualquier pregunta que pueda tener al respecto.

Nuestro centro debe poner a la vista un bosquejo o diagrama de las habitaciones y zonas aprobadas por la Oficina para el uso de los niños. Por favor hable con nosotros si tiene alguna pregunta sobre el espacio del centro.

Nuestro centro debe ofrecer a los padres de los niños matriculados la oportunidad para ayudar al centro en el cumplimiento de los requisitos de la licencias, y para observar y participar en las actividades del centro. Los padres que deseen participar en las actividades u operaciones del centro deben discutir sus intereses con el director del centro, el cual podrá informarles de las oportunidades disponibles.

Los padres de los niños inscritos pueden visitar nuestro centro en cualquier momento sin tener que obtener la aprobación previa de la directora o de cualquier miembro del personal. Por favor, siéntase libre de hacerlo cuando puede. Damos la bienvenida a las visitas de nuestros padres.

Nuestro centro debe informar a los padres antes de cada excursión, paseo, o un evento especial fuera del centro, y deberá obtener previa autorización por escrito de los padres antes de cada viaje.

Es requerido que nuestro centro cumpla con la Ley de Nueva Jersey Contra la Discriminación (LAD), PL 1945, c. 169 (NJS 10:5-1 et seq.), y el Acta de Americanos con Discapacidades, PL 101-336 (42 U.S.C. 12101 et seq). Cualquiera que crea que el centro no está cumpliendo con estas leyes puede comunicarse con la División de Derechos Civiles del Departamento de Nueva Jersey de la Ley y Seguridad Pública para obtener información sobre cómo presentar una reclamación LAD al (609) 292-4605 (Los usuarios de TTY pueden marcar 711 para comunicarse con un operador de Confianza de New Jersey y pedir (609) 292-7701), o puede contactar al Departamento de Justicia Estadounidense para obtener información sobre cómo presentar una reclamación de la ADA al (800) 514-0301 (voz) o (800) 514-0383 (TTY).

Cualquiera que tenga motivos razonables para creer que un niño inscrito ha sido o está siendo sometido a cualquier forma de golpes, castigos corporales, lenguaje ofensivo, ridiculizado, avergonzado, humillado o atemorizado o cualquier otro tipo de abuso infantil, el abandono o la explotación por cualquier adulto, ya sea que trabajen en el centro o no, es requerido por la ley del Estado que informe de inmediato al Registro Central del Estado al Hotline: Al número gratuito: 1-877-NJABUSE (1-877-652-2873). Tales informes podrán ser anónimos

Los padres pueden asegurar esta información contactando

Community Education Office
Division of Youth and Family Services
PO BOX 717
Trenton, NJ 08625-0717

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma de la Directora _____ Fecha _____



Please read and sign where indicated:

My child _____ is in good physical condition and I have advised his/her physician that he/she will be taking part in the BUF- Preschool program. Please indicate any condition, which the staff should be aware of

Parent Signature: _____ Date: _____

Communicable Disease Policy- A communicable disease is an illness that can be caught from other people. If a communicable disease is observed in a child, the parent is notified. Children with untreated communicable diseases should not be participating in our program until they are no longer contagious. Parents will be asked to keep their child at home until a doctor releases the child. A return to school note from the doctor will be required. Communicable diseases seen in children: *Chicken Pox, Lice, Strep Throat, Impetigo, Scabies, etc.* (Check BUF Parent Guide)

I have read the communicable disease policy,
Parent Signature: _____ Date: _____

Discipline Procedure: Children are disciplined by their teachers by means of talking, reasoning and sometime "Time Out" 1 (one) minute for every year of the child. If the child continues to be a problem he/she is sent to the Director, the child is talked to and reasoned with and then put in "Time Out" if necessary. Hitting, yelling and other means of punishment are against our policy. Any staff found hitting or severely punishing children will be dismissed immediately.

Pick-Up Procedure: anyone who arrives at the center to pick up a child, but in the judgment of the Staff, Educational Coordinator or Director appears physically or emotionally impaired will not be permitted to take the child. The person in charge will try to reach the parent. If other relatives whose names appear on the emergency pick-up form cannot be contacted, the center will contact the appropriate authority (Police, Division of Youth and Family Services, etc.)

I have read and understand the discipline and pick-up procedures.
Parent Signature: _____ Date: _____

Authorization to take and release child/children's picture: I authorize BUF/HHS to take pictures of my child/children to be used in brochures, newspapers, etc., as directed by BUF/HHS.
Parent Signature: _____ Date: _____

Medical Treatment: I consent to the treatment of my child in the event of a life threatening situation. I also authorize a physician to treat any minor injuries that BUF/HHS determines is serious enough for immediate treatment.
Parent Signature: _____ Date: _____



Por favor lea y firme dónde indicado:

Mi niño(a) _____ esta en buena condición física hemos indicado al médico de que mi niño(a) estará tomando parte en el programa de BUF- Pre-Escolar. Por favor indique cualquier condición que el personal debe saber,

La Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Póliza de la Enfermedad Comunicativa - Una enfermedad comunicativa es una enfermedad que puede contagiarse de otras personas. Si una enfermedad comunicativa se observa en un niño(a), el padre se notifica. Los niño(a)s con enfermedades comunicativas que no están siendo tratados por un doctor, no deben estar participando en nuestro programa hasta que ellos no sean contagiosos. Se pedirá a los padres que mantengan a su niño(a) en casa hasta que un doctor diga que la enfermedad no es comunicativa. Una nota a la escuela del doctor es requerida. Enfermedades comunicativas vistas en los niños: La Varicela, Piojos, Garganta Estreptococo, Impétigo, Sarna, etc., (Verifique con Guía de Padres de BUF)

Yo he leído la póliza de la enfermedad comunicativa,
La Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Procedimiento de Disciplina: Los niño(a)s son disciplinados por la profesora por medio de hablar, razonamiento y a veces aislamiento por 1 minuto por cada año del niño(a). Si el niño(a) continúa siendo problemático es enviado a la Directora, hablamos con el niño(a) y razonamos con el/ella y después será puesto en aislamiento si es necesario. Pegando, gritando y otros medios de castigo están contra nuestra póliza. Cualquier personal que sea encontrado pegando o castigando a los niños severamente se despedirán inmediatamente.

El Procedimiento de la recogida: Cualquiera que llega al centro para recoger a un niño(a), pero en la opinión del Personal, Coordinadora Educacional, o Directora parece incapacitado físicamente o emocionalmente para recoger niño(a) no será permitido llevarse al niño(a). Administración se encargara de localizar a los padres. Si no se puede localizar otros parientes cuyos nombres aparecen en la forma de recogida de emergencia, el centro avisará a la autoridad apropiada (Policía, la División de Juventud y Servicios de la Familia (DYFS), etc.)

Yo he leído y he entendido la disciplina y procedimientos de la recogida.
La Firma de los padres: _____ Fecha: _____

La autorización para tomar y ceder fotos: Yo autorizo que BUF/HHS saque fotos de mi niño(a) ser usadas en los folletos, periódicos, etc., como dirigido por BUF/HHS.

La Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Tratamiento Médico: Yo consiento al tratamiento de mi niño(a) en caso de una situación amenazante. Yo también autorizo que un médico trate cualquier lesión menor que BUF/HHS determine seria y necesite tratamiento medico inmediato.

La Firma de los padres: _____ Fecha: _____