

Registration Checklist

Edison JFK King Park

- Student Information
Información del estudiante
- Parent information
Información del padre o tutor
- Emergency Contacts
Contactos de emergencia
- Authorized persons to pick up child
Personas autorizadas para recoger al niño(a)
- Child's health/medical information
Salud/información médica del niño
 - Allergies: NO YES: _____
 - Epi-Pen: NO YES: _____
 - Inhaler: NO YES: _____
- Authorization/ medical statement
Autorización / declaración médica
- Transportation waiver
Permiso de transportacion
- Personal release form
Formulario de consentimiento personal
- Parent/guardian release
Formulario de consentimiento del padre / tutor
- Rules and Regulations
Reglas y Regulaciones
- CACFP Form

— **Completed Application**
Applicacion completada

Auditor: _____

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Child's Name <i>Nombre del Niño(a)</i> _____ (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (Middle/ Segundo Nombre)			
Gender _____ Male/ Masculino Género _____ Female/ Femenino		Date of Birth: ____/____/____ Fecha de nacimiento	Age: _____ Edad
Grade (as of September 2023) / Grado (a partir de Septiembre 2023): _____			
Home Address Domicilio	_____ (Number and Street/ Número y Calle)		_____ (Apt. #)
	_____ (City/ Ciudad)	_____ (State/ Estado)	_____ (Zip Code/ Código Postal)
Home Phone: () _____ - _____ Tel. de la Casa		Emergency Phone: () _____ - _____ Teléfono de Emergencia <small>*Where parent can be reachable at all times / En donde los padres puedan ser ubicados en todo momento</small>	
Main language spoken at home: Idioma principal que se habla en la casa: _____			
Child's first language: Primer idioma del niño(a)		_____	
Ethnicity Raza	_____ Multi-race/ Multi Raza _____ Black (Non-Hispanic)/ Negro (no Latino)		
	_____ Latino _____ Other/ Otro _____ White (Non-Hispanic)/ Blanco (no Latino)		
_____ Native American/ Americano Indígena _____ Asian/ Asiático			
Did your child receive free or reduced lunch during the 2022 school year? ¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o a precio reducido durante el año escolar 2022?		Please check one: Free _____ Reduced _____ Neither _____ Gratis Reducido Ninguno	
Will you be applying for childcare assistance? Y/N ¿Va a solicitar asistencia para el cuidado de niños? S/N			

HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS/ DEMOGRAFÍA DE LOS HOGARES

Including yourself, how many people currently live in your household? ¿Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven actualmente en tu hogar? _____
Which of the following best describes the annual income of your household (before taxes)? ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el ingreso anual de su hogar (antes de impuestos)?
<input type="checkbox"/> Less than \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 to 20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 to \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 to \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999 <input type="checkbox"/> Over \$100,000

SIBLINGS: List all siblings you wish to enroll in The Carver Center After School Program (CAP)

HERMANOS: Haga una lista de todos los hermanos que usted quisiera inscribir en el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP)

Name: _____
Nombre

Entering Grade as of September 2023: _____
Grado a partir de Septiembre 2023

Name: _____
Nombre

Entering Grade as of September 2023: _____
Grado a partir de Septiembre 2023

PARENT OR GUARDIAN INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Parent or Guardian 1 / Padre o Tutor 1

Name: _____, _____
Nombre: (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre)

Relation to child: _____ Lives with child? Yes ___ No ___
Relación con el niño/a Vive con el niño/a? sí o no

Home Address _____ (Apt. #) _____
Domicilio (Number and Street/ Número y Calle) (City/ Ciudad) (State/ Estado) (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: () _____ - _____ Cell Phone: () _____ - _____
Tel. de la casa Tel. celular

E-mail/ Correo electrónico: _____

Occupation: _____ Place of Employment: _____
ocupación Lugar de empleo

Employer's Address: _____ Business Tel. () _____ - _____
Dirección de su trabajo Tel. de su trabajo

Parent Guardian 1 is allowed to pick up child? Yes ___ No ___
El padre o tutor 1 puede recoger al niño: Sí o no

Parent or Guardian 2 / Padre o Tutor 2

Name: _____, _____
Nombre: (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre)

Relation to child: _____ Lives with child? Yes ___ No ___
Relación con el niño/a Vive con el niño/a? sí o no

Home Address _____ (Apt. #) _____
Domicilio (Number and Street/ Número y Calle) (City/ Ciudad) (State/ Estado) (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: () _____ - _____ Cell Phone: () _____ - _____
Tel. de la casa Tel. celular

E-mail/ Correo electrónico: _____

Occupation: _____ Place of Employment: _____
Ocupación Lugar de empleo

Employer's Address: _____ Business Tel. () _____ - _____
Dirección de su trabajo Tel. de su trabajo

Parent Guardian 2 is allowed to pick up child? Yes ___ No ___
El padre o tutor 2 puede recoger al niño: Sí o no

Parent(s)/Guardian(s) will always be contacted first in case of emergency.

Los padres/guardianes siempre serán los primeros en contactar en caso de una emergencia.

EMERGENCY CONTACTS / CONTACTOS DE EMERGENCIA

In the event that Parent(s)/Guardian(s) cannot be reached, please list emergency contacts WHO ARE NOT THE PARENTS/GUARDIANS. En el caso de que los padres no puedan ser ubicados, por favor haga una lista de contactos de emergencia QUE NO SEAN LOS MISMOS PADRES/GUARDIANES.

*Adult (18 older) **Emergency contacts other than parent(s)/guardian(s)** who can pick up or remove the child from the program in the event of an emergency. **At least 2 must be filled in to enroll.**

* Adultos (18 años más) **Contactos de emergencia que no sea el padre(s) / tutor(s)** que puedan recoger o retirar al niño del programa en caso de una emergencia. **Por lo menos deben nombrarse a 2 para que el estudiante se pueda inscribir.**

1. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a
Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de Casa Tel. Celular
Address/Domicilio: _____
2. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a
Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de Casa Tel. Celular
Address/Domicilio: _____
3. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a
Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de Casa Tel. Celular

AUTHORIZED PERSONS TO PICK UP CHILD PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A)

*Adult (18 or older) **other than parent(s)/guardian(s)** who can pick up or remove the child from the program. **At least 2 must be filled in to enroll.** You must call to notify the CAP Site Director if a person not listed below will be picking up your child from the program. That person will be asked for a photo ID.

* Adultos (18 años o más) que **no sea el padre/tutor** que puedan recoger o retirar al niño del programa. Por lo menos **deben nombrarse a 2 para que el estudiante pueda inscribirse.** Usted debe llamar al director del programa después de clases del Centro Carver (CAP) de su escuela para notificar si una persona que no está en la lista de contactos recogerá a su niño/a del programa. A esa persona se le pedirá una identificación con foto.

Please check the box if the **authorized persons to pick up child** are the same as **the emergency contacts**
Marque la casilla si las personas autorizadas para recoger al niño(a) son las mismas que los contactos de emergencia

1. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a
Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de la casa Tel. celular
Address/Domicilio: _____
2. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a
Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de la casa Tel. celular
Address/Domicilio: _____

CHILD'S HEALTH/MEDICAL INFORMATION SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Please answer ALL QUESTIONS/ Por favor conteste TODAS LAS PREGUNTAS

1. Is your child registered with Open Door?

Esta su hijo/a registrado en Open Door?

Yes/ Sí _____ No _____

If No

Si la respuesta es NO:

Dr. Name

Phone #

Nombre del doctor: _____

Teléfono del doctor: _____

2. Does your child have ANY FOOD Allergies?

Su hijo/a tiene algún tipo de alergias a cualquier comida? Yes/ Sí _____ No _____

If yes please list ALL FOOD Allergies;

Si la respuesta es SI, por favor haga una lista de todas las comidas a las que tiene alergia:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

3. Does your child have any other Allergies (medicines, bees, outdoor allergies, etc)?

Su hijo/a tiene alguna otra alergia? (medicinas, abejas, alergias del medio ambiente, etc.) Yes/ Sí _____ No _____

If yes please list ALL Allergies;

Si la respuesta es SI, escriba TODAS las alergias:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Does your child require an epi-pen?

Su hijo/a requiere de un anti-alérgico inyectable (epi-pen)? Yes/ Sí _____ No _____

If yes please explain.

Si la respuesta es SI, por favor explique:

Does the school nurse have the epi-pen?

La enfermera de la escuela tiene su anti-alérgico inyectable (epi-pen)? Yes/ Sí _____ No _____

If no, where is the epi-pen stored?

Si la respuesta es NO, donde está guardado? _____

Does your child use an inhaler?

Su hijo/a usa un inhalador? Yes/ Sí _____ No _____

If yes, does your child carry it and self-medicate?

Si la respuesta es SI, su hijo/a carga uno siempre con él/ella y se auto medica? Yes/ Sí _____ No _____

Does the school nurse have the inhaler?

La enfermera de la escuela tiene el inhalador? Yes/ Sí _____ No _____

Epi-pens and Inhalers must be delivered to Site Coordinators by the 1st day of CAP.

Los anti-alérgico inyectable (epi-pen) y inhaladores deben entregarse al director del sitio antes del 1er día de CAP.

AUTHORIZATION/ MEDICAL STATEMENT

I, _____, hereby authorize The Carver Center After School Program (CAP) to have under its care my child and declare the After School Program exempt of any legal liability during activities in which my child will participate.

In case there is an emergency, I give my consent to have my child taken to the nearest hospital/emergency room or the facilities listed above and have the doctor administer the necessary medical treatment to stabilize my child. I understand that every effort will be made to contact me before any action is taken.

Signature of Parent

Date

AUTORIZACIÓN / DECLARACIÓN MÉDICA

Yo, _____, autorizo al Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) a tener bajo su cuidado a mi hijo/a y declaro al Programa Después de Clases del Centro Carver exento de cualquier responsabilidad legal durante las actividades en las que participará mi hijo/a.

En caso de que haya una emergencia, doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea llevado al hospital/sala de urgencias más cercano o las instalaciones enumerados anteriormente y dejar que el médico administre el tratamiento médico necesario para estabilizar mi hijo/a. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de tomar cualquier acción.

Firma del Padre

Fecha

TRANSPORTATION WAIVER

I, _____, give permission for my child to be transported in a school bus or Carver Center van, to and from Carver Center CAP activities.

Signature of Parent

Date

PERMISO DE TRANSPORTACION

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo/a sea transportado/a en un autobús escolar o en un furgón del Centro Carver, hacia y desde las actividades de CAP del Centro Carver.

Firma del padre

Fecha

PERSONAL RELEASE FORM

I, _____, of legal age*, do irrevocably consent to the use of my child's likeness and/or voice The Carver Center After School Program(CAP) for the purpose of production/presentation, which may be embodied in any form of media now existing or hereinafter developed. Further, I consent that The Carver Center After School Program (CAP) may use that portion of the production/ presentation containing his/her likeness, and/or voice, in whole or in part, for any legitimate purpose in which The Carver Center After School Program (CAP) engages within the United States and throughout the world, including, but not limited to, advertising and the conduct of trade. Without limiting the generality of the foregoing, I hereby consent to the use his/her, likeness, and /or voice in connection with material developed to educate and promote The Carver Center After School Program (CAP) and any of its programs activities and/or events.

I hereby waive any inspection or approval of any material embodying any portion of the presentation/ production name, likeness, and/or voice and I release The Carver Center After School Program (CAP) from any liability for any claim of visual alteration, optical illusion, or faulty mechanical reproduction.

I hereby waive all legal claims to compensation or receipt of consideration from the rights granted by this consent. The rights granted in this release shall be binding upon my estate, heirs and assigns. This release shall be governed by the laws of the State of New York without giving effect to the principles of the conflicts of laws of that state.

*Parent/ Guardian's Signature if individual under legal age.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PERSONAL

Yo, _____, siendo mayor de edad*, doy consentimiento irrevocable para el uso de la imagen y/o voz de mi hijo por el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) para el propósito de producción/ presentación, que puede realizarse en cualquier forma de los medios de comunicación existentes en actualidad o desarrollados en el futuro. Además, consiento que el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) puede utilizar la parte de la producción/presentación que contiene su imagen y/o voz, en su totalidad o en parte, para cualquier propósito legítimo en que el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) se dedica dentro de los Estados Unidos y en todo el mundo, incluyendo, pero no limitado a la publicidad y el desarrollo de comercio. Sin limitar la generalidad de lo anterior, doy mi consentimiento para el uso de su, imagen y/o voz en relación con el material desarrollado para educar y promover al Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) y cualquiera de sus actividades y/o eventos.

Renuncio a toda inspección o aprobación de todo material que contiene cualquier parte de presentación/ nombre de producción, imagen y/o voz y libero a Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) de toda responsabilidad por cualquier reclamación de alteración visual, ilusión óptica, o reproducción mecánica defectuosa.

Renuncio a todo reclamo legal de compensación o consideración de los derechos otorgados por este consentimiento. Los derechos reconocidos en este comunicado serán vinculantes para mis raíces, herederos y cesionarios. Este comunicado se registrará por las leyes del Estado de Nueva York sin dar efecto a los principios de los conflictos de leyes de ese estado.

*Parent/ Guardian's Signature

Firma del padre/guardian: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

PARENT/ GUARDIAN RELEASE

I hereby agree to release, indemnify and hold harmless The Carver Center After School Program (Port Chester Carver Center), located at 400 Westchester Avenue, Port Chester, New York 10573, their agents, employees and subdivision(s) from any and all liability, damages or cost, including attorney's fees, for personal or property damages which arise out of or are associated with or result from an accident or injury which involves _____ (child's name) and which are related to or occur while on the program's trip or at the center. I understand that my child is responsible for his/her behavior at all times. If my child becomes involved in behavior which is unacceptable or presents a danger to him/herself or to other children, appropriate steps will be taken to protect all children. Should the child become uncooperative, the child may be excluded from the activity/program.

Legal requirements: All students shall observe and comply with all laws, codes, rules and regulations of the state, federal, municipal and local government, departments, commissions and boards, (including, but not limited to, applicable fire and safety codes) which may apply to their use and occupancy of any premises visited while accompanied by agents, employees and subdivision(s) of Carver Center.

ACTS OF GOD: In the event of an act of war (declared or otherwise), strike, work stoppage, hurricane, earthquake, other natural disaster, or a reason beyond the control of The Carver Center After School Program, its agents, employees and subdivision(s) (each such activity is referred to as an "Act of God,") and the student event is canceled or disrupted by reasons of such Act of God, The Carver Center ASP, their agents, employees and subdivision(s) shall not be responsible or liable for any loss or damage of any kind resulting from the "Act of God".

I hereby acknowledge that I have read, understand and agree to all terms and information contained on this form.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Yo libero e indemnizo al Programa Después de Clases del Centro Carver (Port Chester Carver Center), ubicado en el 400 Westchester Avenue, Port Chester, Nueva York 10573 , sus agentes , empleados y la subdivisión(es) de cualquier y toda responsabilidad, daños o costos, incluyendo los honorarios de abogados, de daños personales o de propiedad que surgen de o están asociados con o como resultado de un accidente o lesión que involucre a _____ (nombre del niño) y que están relacionados con esto o se producen durante cualquier viaje del programa o en el centro. Entiendo que mi hijo/a es responsable de su comportamiento en todo momento. Si mi hijo se involucra en comportamiento que es inaceptable o presenta un peligro para él/ella mismo(a) o para otros niños, se tomarán las medidas adecuadas para proteger a todos los niños. En caso de que el niño(a) no coopere, él o ella puede ser excluido de la actividad/programa.

Requisitos legales: Todos los alumnos deberán observar y cumplir con todas las leyes, códigos, normas y reglamentos del estado, federal, municipal y local de gobierno, departamentos, comisiones y juntas, (incluyendo, pero no limitado a códigos de incendios o de seguridad aplicables) que pueden aplicarse a su uso y la ocupación de los locales visitados mientras que acompañado de agentes, empleados y la subdivisión (s) del Centro Carver.

ACTOS DE DIOS: En caso de un acto de guerra (declarada o no), huelga, paro, huracán, terremoto, otro desastre natural, o una razón más allá del control Programa Después de Clases del Centro Carver, sus agentes, empleados y la subdivisión(es) (cada una de estas actividades se refiere como un "acto de Dios") y el evento estudiantil es cancelado o interrumpido por razones de "Actos de Dios", Programa Después de Clases del Centro Carver, sus agentes, empleados y la subdivisión(es) no serán responsables por cualquier pérdida o daño de cualquier tipo que resulte del "Acto De Dios".

Por la presente, yo reconozco haber leído, entendido y estoy de acuerdo con todos los términos e información contenida en este formulario.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

RULES AND REGULATIONS / REGLAS Y REGULACIONES

<ol style="list-style-type: none"> 1. Port Chester – Rye Union Free School District code of conduct applies. 2. Fighting/Bullying will not be tolerated in the After School Program (CAP). If someone hits you or you are a victim of bullying, you must immediately report it to your Teacher or staff. If you retaliate, you and the person who committed the offense will be automatically suspended. 3. Stealing: If you are caught stealing, it will result in immediate suspension and possible expulsion. 4. Graffiti: Damaging or writing on Carver Center and/or Port Chester Public School property will result in automatic suspension. 5. Students are encouraged to attend CAP Monday through Friday, 3:00-5:30. Excused absences are for religious education classes, illness due to Covid-19 or otherwise and medical appointments only. Early pick up must be arranged with the Site Coordinator. 6. Vulgar Language and inappropriate behavior: will not be permitted in the After School Program. Respect must be given at all times to your Teachers, staff, and fellow students. 7. No electronic devices of any kind, including cellphones, are allowed to be used during program hours. The After School Program will not be held responsible for any lost, damaged or stolen items. Parents may be asked to pick up item. 8. Students enrolled in the CAP will not be allowed to leave at school day dismissal, without a note to the classroom teacher or phone call from parent. 9. Excessive absences/early pick-ups will warrant a mandatory meeting with the Site Coordinator. Failure to attend this meeting will result in immediate suspension and possible expulsion. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se aplica el código de conducta de Port Chester – Rye Union Free del Distrito Escolar. 2. Peleas/intimidación no serán toleradas en el Programa Después de Clases (CAP). Si alguien te golpea o eres víctima de intimidación, debes informar inmediatamente a tu profesor o al personal. Si tomas represalias, tú y la persona que cometió el delito serán suspendidos automáticamente. 3. Robar: Si te pillan robando, resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión. 4. Graffiti: Dañar o escribir en el Centro y/o propiedades de las escuelas públicas de Port Chester, dará lugar a la suspensión automática. 5. Se espera que los estudiantes asistan a CAP de lunes a jueves, de 3:00 a 5:30. Las ausencias justificadas son para clases de educación religiosa, enfermedad debido a Covid-19 o de otra manera y citas médicas solamente. La recogida temprana debe coordinarse con el Coordinador del sitio 6. Lenguaje vulgar y conducta inapropiada: No se permitirá en el Programa Después de Clases. El respeto se debe dar en todo momento a sus maestros, personal y compañeros. 7. No se permiten artículos electrónicos de ningún tipo, incluyendo los teléfonos celulares durante las horas del programa. El Programa Después de Clases no se hace responsable de los artículos perdidos, dañados o robados. Se le pedirá a los padres que vengan a recogerlos. 8. A los estudiantes matriculados en el Programa Después de Clases (CAP) no se les permitirá salir de la escuela sin una nota a la maestra o llamada telefónica de los padres. 9. Las ausencias excesivas o el recoger temprano al niño(a) son razón para una reunión obligatoria con el Coordinador del sitio. El no asistir a esta reunión resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión.
---	--

CAFETERIA

<ol style="list-style-type: none"> 1. The Carver Center After School Program (CAP) provides food that falls within the guidelines of the CACFP. 2. Snacks from home are not permitted. If your child has allergies or dietary needs, please speak to the CAP Site Director. 3. Children must clean up after themselves. All garbage must be thrown away. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) ofrece comida nutritiva que está dentro de las pautas del CACFP. 2. No se permiten comidas de la casa. Si su hijo/a tiene alergias o necesidades dietéticas, por favor hable con el director del programa (CAP). 3. Los mismos niños deben limpiar después de la comida. Toda la basura debe ser desechada.
---	--

AFTER SCHOOL PROGRAM CONTRACT OF AGREEMENT/CONTRATO DE ACUERDO DEL PROGRAM DESPUES DE CLASES

<p>We have provided you with a copy of our rules and regulations. Please read and go over them with your child. Signing the Contract of Agreement below confirms that you and your child have gone over the rules and that you understand what is expected of your child. It is a promise made by you and your child to abide by the rules to the best of your ability.</p> <p>These rules were made to ensure the safety of your child in our After School Program, and your signature will let your child know that you also expect him/her to follow the rules. Thank you for your time and cooperation.</p>	<p>Les hemos proporcionado una copia de nuestras normas y reglamentos. Por favor, lea y compártalas con su hijo(a). Al firmar el Contrato de Acuerdo, usted y su hijo/a confirman que entienden las reglas y lo que se espera de su hijo/a. Es una promesa hecha por usted y su hijo/a a respetar todas las normas en lo mejor de su capacidad.</p> <p>Se hicieron estas reglas para garantizar la seguridad de su hijo/a en nuestro programa y su firma le deja saber a su hijo/a que usted espera que él/ella seguirá las reglas. Gracias por su tiempo y cooperación.</p>
---	--

PARENT'S PLEDGE / COMPROMISO DE LOS PADRES

We, _____, the parents of _____, have read and acknowledged the rules and regulations provided by The Carver Center After School Program (CAP). I understand that if our child does not abide by the rules and regulations of the program it could result in suspension or expulsion. Upon signing this contract, we agree to help our child to follow these rules to the best of his/her ability.

Nosotros, _____, los padres de _____, hemos leído y reconocemos las reglas y regulaciones establecidas por el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP). Entiendo que si nuestro hijo/a no cumple con las reglas y regulaciones del programa, podría resultar en su suspensión o expulsión. Una vez firmado este contrato, estamos de acuerdo para ayudar a nuestro hijo/a a seguir estas reglas en lo mejor de su capacidad.

Parent Signature/Firma del Padre

Date/Fecha

Income Eligibility Form for Child Care Centers

See INSTRUCTIONS on reverse.

CHILD CARE CENTER NAME _____

Print the name of the child(ren) enrolled in this child care center

1. _____ 2. _____ 3. _____

Complete SECTION A if anyone in your household

1. Participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
2. Receives Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
3. Participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) OR
4. Is a foster child

SECTION A

SNAP Case # _____

TANF # _____

FDPIR # _____

Names of Foster Children

An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

I certify that the above information is true. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.

Signature _____

Date _____

FOR THE CHILDCARE CENTER TO COMPLETE

CACFP Agreement # _____

Total Number of Household Members _____
(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)

Total Household Income \$ _____

Free _____ Reduced _____ Paid _____

Date of Determination _____

Signature of Center Staff _____

Complete SECTION B if no one in your household participates in SNAP, receives TANF, participates in FDPIR or if none of the children enrolled in the child care center is a foster child.

SECTION B

List all household members below. Include yourself and all adults and children NOT listed above, even if they do not receive income. Then list all income received **last month** in your household in the column to the right. Gross income includes: earnings from work, pensions, retirement, Social Security, child support, foster child's personal income and any other sources of income.

HOUSEHOLD MEMBER NAME	MONTHLY GROSS SALARY
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

I certify that the above information is true and that all income is reported. I understand that the center will receive Federal funds based on the information I give.

Signature _____

Print Name _____

LAST FOUR (4) DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER

--	--	--	--

Date _____

This institution is an equal opportunity provider.

Privacy Act Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this form. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve the participant for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the form. The Social Security Number is not required when you: apply on behalf of a foster child; provide a SNAP, TANF or FDPIR number; or when you indicate that the adult household member signing the form does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if the center is eligible for free or reduced-price meal reimbursement and for administration and enforcement of the Program.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING DOH-3688

Definition of Income

Income means income before deductions for income taxes, social security taxes, insurance premiums, charitable contributions, and bonds, etc. It includes the following: (1) monetary compensation for services, including wages, salary, commissions or fees; (2) net income from non-farm self-employment; (3) net income from farm self-employment; (4) Social Security payments; (5) dividends or interest on savings or bonds, income from estates or trusts or net rental income; (6) unemployment compensation; (7) government civilian employee or military retirement, or pensions or veteran's payments; (8) private pensions or annuities; (9) alimony or child support payments; (10) regular contributions from persons not living in the household; (11) net royalties; (12) military benefits received in cash, such as housing allowance except if you are in the Military Housing Privatization Initiative; and (13) any other cash income.

Definition of Household

Household means *family* as defined in 7 CRF 22.6.2. *Family* means a group of related or unrelated individuals who are not residents of an institution or boarding house, but who are living as one economic unit.

INSTRUCTIONS FOR PARENTS OR GUARDIANS

Write in the name of the child care center in the space provided.

Print the name of each child in your household who attends this child care center.

Section A: If anyone in your household participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), receives Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), complete Section A only. Write down the SNAP, TANF or FDPIR number (do not use your ACS or DSS child care subsidy number). Then sign and date the form and return it to the day care center.

Foster children: If your household includes a foster child who is in child care, write in the names of the foster children.

Section B: Complete this section if you did not complete Section A. Write in your name and the names of all other adults and children living in the household, including unrelated people, even if they do not have any income. Do not include the children in child care who are listed at the top of the form.

Enter the amount of income each person received **last month**, before taxes or anything else was taken out. Refer to the Definition of Income and the Definition of Household, above. If any amount last month was more or less than the usual, write in that person's usual income.

The last four digits of the Social Security Number of the adult signing the certification is required. If you do not have a Social Security Number, write *none*. The form must be signed by an adult member of the household.

INSTRUCTIONS FOR SPONSORS AND CENTERS

The For The Childcare Center To Complete section is to be completed, signed and dated by sponsor or center staff. The sponsor/center representative must review the income eligibility form and ensure that it is completed as indicated in the instructions above. Then indicate the following:

The CACFP Agreement Number.

Total Number of Household Members – This item does not have to be completed if the parent completed Section A. Add those indicated in Section B (if completed) to the children enrolled in child care and the number of foster children, if applicable.

Total Household Income – This item does not need to be completed if the parent completed Section A. Indicate the total monthly income as calculated from Section B. If the parent chooses not to disclose income, the form must be categorized as *paid*.

Number of Free, Reduced or Paid – Compare the total household income and the total number of household members with the current year's Income Eligibility Guidelines (CACFP-3687) to determine if the household should be categorized as **Free, Reduced or Paid**. Use the appropriate column on the CACFP-3687 to categorize their income. For example, if the parent indicated biweekly income, multiply this amount by 26 to determine yearly income.

Incomplete forms (missing signatures, income information, last four digits of Social Security Number or SNAP, TANF or FDPIR numbers) are categorized in the paid category.

The income eligibility form is valid until the last day of the month one calendar year from the date it is signed by the household member. For example, a form signed on May 12, 2023 is valid until May 31, 2024.

Formulario de elegibilidad de ingresos para centros de cuidado infantil

Consulte las INSTRUCCIONES en la parte de atrás.

NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL _____

Escriba en letra de molde el nombre de los niños inscritos en este centro de cuidado infantil.

1. _____ 2. _____ 3. _____

Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar

- Participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).
- Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).
- Participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), O
- Es un niño en crianza temporal.

SECCIÓN A

N.º de caso de SNAP _____

N.º de TANF _____

N.º de FDPIR _____

Nombre de los niños en crianza temporal _____

Un adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración de la parte de atrás, firme abajo.

Certifico que la información de arriba es verdadera. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que doy.

Firma _____

Fecha _____

PARA QUE COMPLETE EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

Número de acuerdo del CACFP _____

Número total de miembros del grupo familiar _____
 (INCLUYENDO NIÑOS EN CRIANZA TEMPORAL, SI CORRESPONDE)

Ingresos totales del grupo familiar \$ _____

Gratis _____ Reducido _____ Pagado _____

Fecha de la determinación _____

Firma del personal del centro _____

Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en crianza temporal.

SECCIÓN B

Enumere abajo a todos los miembros del grupo familiar. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que **NO ESTÁN** indicados arriba, aunque no reciban ingresos. Luego indique en la columna a la derecha todos los ingresos que recibió su grupo familiar el **mes pasado**. Los ingresos brutos incluyen: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño en crianza temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	SALARIO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

Un adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración de la parte de atrás, firme abajo.

Certifico que la información de arriba es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que doy.

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

--	--	--	--

 Fecha _____

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Declaración de la Ley de Privacidad: La Richard B. Russell National School Lunch Act (Ley nacional de almuerzos escolares de Richard B. Russell) requiere la información de este formulario. No se exige que dé la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del grupo familiar que firma el formulario. El número de Seguro Social no es necesario cuando envía una solicitud en nombre de un niño en crianza temporal, cuando da un número de SNAP, TANF o FDIPIR, ni cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para el reembolso por comidas gratis o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del programa.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DOH-3688

Definición de ingresos

Ingresos se refiere al ingreso antes de las deducciones de los impuestos sobre la renta, los impuestos del Seguro Social, las primas del seguro, las contribuciones de caridad, los bonos, etc. Incluye: (1) la compensación monetaria por los servicios, incluyendo los sueldos, el salario, las comisiones o los cargos; (2) los ingresos netos de un trabajador por cuenta propia no agrícola; (3) los ingresos netos de un trabajador por cuenta propia agrícola; (4) los pagos del Seguro Social; (5) los dividendos o intereses en los ahorros o bonos, ingresos de los patrimonios o los fideicomisos, o el ingreso neto por alquileres; (6) la compensación por desempleo; (7) la jubilación militar o como empleado civil del gobierno, o pensiones o pagos de veteranos; (8) las pensiones o anualidades privadas; (9) los pagos de pensión alimentaria o manutención infantil; (10) las contribuciones habituales de personas que no viven con el grupo familiar; (11) las regalías netas; (12) los beneficios para militares que se reciben en efectivo, como el dinero para vivienda, salvo si participa en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (Military Housing Privatization Initiative); y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición de grupo familiar

Grupo familiar significa *familia*, como se define en el título 7 del CFR, parte 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no que no residen en una institución o pensión, pero que viven como una unidad económica.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio dado.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asiste a este centro de cuidado infantil.

Sección A: si alguien en su grupo familiar participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número de SNAP, TANF o FDIPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil de la Administración de Servicios para Niños (ACS) o del Departamento de Servicios Sociales (DSS)). Luego, firme y feche el formulario y devuélvalo al centro.

Niños en crianza temporal: si su grupo familiar incluye niños en crianza temporal que reciben cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en crianza temporal.

Sección B: complete esta sección si no completó la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aunque no tengan ingresos. No incluya a los niños en cuidado infantil que están en la parte superior del formulario.

Escriba la cantidad de ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de que se dedujeran los impuestos o algo más. Consulte la definición de "ingresos" y la definición de "grupo familiar" de arriba. Si alguna cantidad del mes pasado fue mayor o menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un número de Seguro Social, escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un adulto del grupo familiar.

INSTRUCCIONES PARA PATROCINADORES Y CENTROS

El personal del patrocinador o del centro debe completar, firmar y fechar la sección *Para que complete el centro de cuidado infantil*. El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y garantizar que esté completo como se indica en las instrucciones de arriba. Después, indique lo siguiente:

El número de acuerdo del CACFP.

Número total de miembros del grupo familiar: este punto no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Sume los miembros indicados en la Sección B (si la completó) al número de niños inscritos en cuidado infantil y al número de niños en crianza temporal, si corresponde.

Ingresos totales del grupo familiar: este punto no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre decide no revelar los ingresos, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

Gratis, Reducido o Pagado: Compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Directrices de elegibilidad de ingresos (CACFP-3687) de este año para determinar si el grupo familiar se debe clasificar como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna adecuada de CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique esta cantidad por 2 para determinar los ingresos anuales.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o sin números de SNAP, TANF o FDIPIR) se clasifican en la categoría de "pagado".

El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes durante un año calendario a partir de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar.

Por ejemplo, un formulario que se firmó el 12 de mayo de 2014 es válido hasta el 31 de mayo de 2015.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

MEDICATION CONSENT FORM
CHILD DAY CARE PROGRAMS

- This form may be used to meet the consent requirements for the administration of the following: prescription medications, oral over-the-counter medications, medicated patches, and eye, ear, or nasal drops or sprays.
- Only those staff certified to administer medications to day care children are permitted to do so.
- One form must be completed for each medication. Multiple medications cannot be listed on one form.
- Consent forms must be reauthorized at least once every six months for children under 5 years of age and at least once every 12 months for children 5 years of age and older.

LICENSED AUTHORIZED PRESCRIBER COMPLETE THIS SECTION (#1 - #18) AND AS NEEDED (#33 - 35).

1. Child's First and Last Name:		2. Date of Birth: / /		3. Child's Known Allergies:	
4. Name of Medication (including strength):			5. Amount/Dosage to be Given:		6. Route of Administration:
7A. Frequency to be administered: _____					
OR					
7B. Identify the symptoms that will necessitate administration of medication: (signs and symptoms must be observable and, when possible, measurable parameters): _____					
8A. Possible side effects: <input type="checkbox"/> See package insert for complete list of possible side effects (parent must supply)					
AND/OR					
8B. Additional side effects: _____					
9. What action should the child care provider take if side effects are noted:					
<input type="checkbox"/> Contact parent <input type="checkbox"/> Contact health care provider at phone number provided below					
<input type="checkbox"/> Other (describe): _____					
10A. Special instructions: <input type="checkbox"/> See package insert for complete list of special instructions (parent must supply)					
AND/OR					
10B. Additional special instructions: (Include any concerns related to possible interactions with other medication the child is receiving or concerns regarding the use of the medication as it relates to the child's age, allergies or any pre-existing conditions. Also describe situation's when medication should not be administered.) _____					
11. Reason for medication (unless confidential by law): _____					
12. Does the above named child have a chronic physical, developmental, behavioral or emotional condition expected to last 12 months or more and requires health and related services of a type or amount beyond that required by children generally? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If you checked yes, complete (#33 and #35) on the back of this form.					
13. Are the instructions on this consent form a change in a previous medication order as it relates to the dose, time or frequency the medication is to be administered? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If you checked yes, complete (#34 -#35) on the back of this form.					
14. Date Health Care Provider Authorized: / /			15. Date to be Discontinued or Length of Time in Days to be Given: / /		
16. Licensed Authorized Prescriber's Name (please print):			17. Licensed Authorized Prescriber's Telephone Number:		
18. Licensed Authorized Prescriber's Signature: X					

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

MEDICATION CONSENT FORM
CHILD DAY CARE PROGRAMS

PARENT COMPLETE THIS SECTION (#19 - #23)

19. If Section #7A is completed, do the instructions indicate a specific time to administer the medication? (For example, did the license authorized prescriber write 12pm?) Yes N/A No

Write the specific time(s) the child day care program is to administer the medication (i.e.: 12 pm): _____

20. I, parent, authorize the day care program to administer the medication, as specified on the front of this form, to (child's name): _____

21. Parent's Name (please print): _____

22. Date Authorized:

/ /

23. Parent's Signature:

X

CHILD DAY CARE PROGRAM COMPLETE THIS SECTION (#24 - #30)

24. Program Name: _____

25. Facility ID Number: _____

26. Program Telephone Number: _____

27. I have verified that (#1 - #23) and if applicable, (#33 - #36) are complete. My signature indicates that all information needed to give this medication has been given to the day care program.

28. Staff's Name (please print): _____

29. Date Received from Parent:

/ /

30. Staff Signature:

X

ONLY COMPLETE THIS SECTION (#31 - #32) IF THE PARENT REQUESTS TO DISCONTINUE THE MEDICATION PRIOR TO THE DATE INDICATED IN (#15)

31. I, parent, request that the medication indicated on this consent form be discontinued on _____ / /

(Date)

Once the medication has been discontinued, I understand that if my child requires this medication in the future, a new written medication consent form must be completed.

32. Parent Signature:

X

LICENSED AUTHORIZED PRESCRIBER TO COMPLETE, AS NEEDED (#33 - #35)

33. Describe any additional training, procedures or competencies the day care program staff will need to care for this child.

34. Since there may be instances where the pharmacy will not fill a new prescription for changes in a prescription related to dose, time or frequency until the medication from the previous prescription is completely used, please indicate the date you are ordering the change in the administration of the prescription to take place.

DATE: _____ / /

By completing this section, the day care program will follow the written instruction on this form and *not* follow the pharmacy label until the new prescription has been filled.

35. Licensed Authorized Prescriber's Signature:

X

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentos a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento: / /	3. Alergias conocidas del niño(a):
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
7A. Frecuencia de administración: _____		
O		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): _____		
8A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).		
Y/O		
8B. Efectos secundarios adicionales: _____		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?		
<input type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.		
<input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (padre/madre debe proveer).		
Y/O		
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente. También describa situaciones en las que no se debe administrar medicamentos).		
11. Razón del medicamento (a menos que sea confidencial por ley): _____		
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario.		
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: / /	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: / /	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta):	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir:	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: X		

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS
 PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23)

19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (Por ejemplo, ¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?): Sí N/A No

Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):

20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)).

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):

22. Fecha de la autorización:

/ /

23. Firma del padre/madre:

X

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del programa:

25. No. de ID del establecimiento:

26. No. de teléfono del programa:

27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno.

28. Nombre del personal (letra de imprenta):

29. Fecha recibida del padre/madre:

/ /

30. Firma del personal:

X

SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15

31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: / /

(fecha)

Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario.

32. Firma del padre/madre:

X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a):

34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción.

FECHA: / /

Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.

35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:

X