

## Servicios Comunitarios

- LÍNEA DE AYUDA PARA CONTROL DE VENENO: ..... 800-876-4766  
INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS TÓXICAS
- SOLUCIONES DE CUIDADO INFANTIL ..... 510-412-9200  
ASESORAMIENTO REFERENCIA ASISTENCIA PARA MADRES EN EL SALÓN DE CLASE
- LÍNEA DE AYUDA PARA MUJERES ABUSADAS ..... 888-215-5555  
REFERENCIAS PARA CONSEJERÍA Y ALBERGUE
- CENTRO PARA CRISIS DE VIOLACIÓN ..... 800-670-7273 M





WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
DECLARATION OF RESIDENCE

I, \_\_\_\_\_, under penalty of perjury, declare that I am the

Parent/Guardian Name

1. My family no longer resides at \_\_\_\_\_  
Address City/State Zip

2. On \_\_\_\_\_, we changed our legal address to:  
Date

\_\_\_\_\_ Address ate City/St Zip Code

Residing with \_\_\_\_\_  
Name of Homeowner

3. My minor child (ren) \_\_\_\_\_ will reside with me  
for the \_\_\_\_\_ school year.

4. This declaration is made because of a genuine change of my residence, and not for the purpose of changing schools.

5. I am aware that stating any false information constitutes perjury, and is a serious violation of the law for which I may be subject to criminal prosecution, including a fine, imprisonment, or both.

6. If the information on this form is found to be untrue, the student(s) will be referred to his/her school of residence.

Executed on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ ifornia.  
Day Month Year City

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent

\_\_\_\_\_  
Home Phone#

I, \_\_\_\_\_, under penalty of perjury, declare that I am the

1. \_\_\_\_\_  
Mother/Father's Name & Child (ren)

now reside with me at \_\_\_\_\_  
Address City/State Zip

and have resided with me since \_\_\_\_\_  
Date

2. This whole family lives with me on a full-time basis and maintains no other residence and I accept full responsibility (academic, financial, and disciplinary) for the minor child (ren) and his/her parent(s).

Executed on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ ifornia  
Day Month Year City

\_\_\_\_\_  
Signature of Homeowner

Date \_\_\_\_\_ Current Home Phone# \_\_\_\_\_



**GENERAL RELEASE**

For Community Access Cablevision,  
Photographs, Videotaping, Interview Comments, and Posting on the Internet

## RENUNCIA GENERAL

Para el acceso de la comunidad por cablevisión  
Fotos, videos, comentarios de entrevista, y anuncios de la Internet

PARA: Padres y Encargados  
DE: Oficina del director

Ocasionalmente el Distrito Escolar y las organizaciones relacionadas con el Distrito desean usar el nombre, fotos, grabaciones de video y/o comentarios de entrevistas de los alumnos para el propósito educativo y de promoción lo cual incluyen artículos y folletos del Distrito. De vez en cuando, la escuela también recibe peticiones de los medios de comunicación para sacara fotos, filmar ó entrevistar a los alumnos mientras reportan actividades y eventos de la escuela. Tales imagines y comentarios se usan solamente con el propósito de dar las noticias y no con propósitos de lucro.

Como parte del programa de información para los padres y comunidad, su escuela ó el Distrito también

Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa

Fecha

CUESTIONARIO DEL IDIOMA

Escuela

Aula #

Maestro

De acuerdo al Código de Educación de California se requiere que las escuelas tengan información sobre el idioma que el alumno habla en el hogar. Esta información es esencial para que las escuelas provean instrucción adecuada a todos los alumnos. Le pedimos su cooperación para poder cumplir con este importante requisito. Además le pedimos que conteste desde la pregunta A a la C para que nos ayude en el proceso de evaluación de su hijo/a. Muchas gracias.

Nombre del alumno:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Grado

Edad

Sexo

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a cuando empezó a hablar?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla más frecuentemente su hijo/a en el hogar?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma habla usted más frecuentemente con su hijo/a en el hogar?

\_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar?

\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o encargado

Teléfono

Por favor escriba la fecha y el país donde nació su hijo/a: mes/día/año: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

(School Office: If the country of birth is not the US, send copy of HLS)

Medical or Dental Care prescribed by a duly licensed physician (M.D.) Osteopath (D.O.) or Dentist (D.D.S) for \_\_\_\_\_ . This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb, or well being the child named above.

My Child has the following medication allergies: \_\_\_\_\_

My Child does not have any medication allergies

X

Date

Parent or Auth <0000>Tj/TT0 1 Tf -0.009 Tw 0.609 0 Tc -0.005 Tw [(M)3.2

\* Please request Administration of Prescribed Medication (EPI-PEN) form at the preschool office.

My Child has food allergies but does not need EPI pen at school

Parent signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1.

6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante :			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada :			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente :			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones sugeridas	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Equipo de adaptación que se debe usar :			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado *	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fcipan o : venganza por e

## INSTRUCCIONES

1. Escuela o agencia: Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. Lugar : Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. Teléfono del lugar : Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. Nombre del niño o participante : Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. Edad del niño o participante : Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. Nombre del padre, madre o tutor : Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. Teléfono : Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante : Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada: Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente : Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. Alimentos que deben excluirse : Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).  
Sustituciones sugeridas : Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. Equipo de adaptación que se debe usar : Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. Firma del profesional de la salud c2 Td [(ej)f2o o







: ~ œ • & ^ ‡ • < z & ^ œ • z 8 ‡ , • , ~ } 6 | • ^ ^ ... ' , œ • < , | •  
- 3 U H V F K R R O 6 W X G H Q W D Q G 3 D U H Q W , C

1) STUDENT INFORMATION

' Female

Student Ethnicity (please check only)

' American Indian Black/African American Filipino ' Hispanic/Latino White (Not His 241.06 658.51 T 6 p dian

' Tahitian ' Other Pac Islander

Street Address, City, State, Zip

+ R P H 3 K R Q H

Date of Birth (mm/dd/yy)

Place of Birth (City/State/Country)

Verification of Birth

' Birth Certificate Other: \_\_\_\_\_ Checked by: \_\_\_\_\_

Country of Citizenship

2) PARENT/GUARDIAN INFORMATION

3) CHILDREN IN FAMILY INFORMATION (2) Ms ET Q qt LD LD all c LD hildren, LD LD inc LD luding LD t LD his LD LD s LD t LD D u e LD LD in LD order LD of LD LD birt LD h(C) 0 612 7


\$ U H W K H U H D Q \ F R X U W R U G H U V U H V W U L F W L Q J W K H O H J D O U L J K W V R I H L W K H U S D U H Q W "



'5,675,72 (6&2/\$5,81,)&\$'2 '(:(67 &2175\$ &267\$  
1Ž~•^•^†Ž...z<^}~0z•<|Ž...z

1) DATOS DEL ALUMNO

2) DATOS DE LOS PADRES/APODERADOS

3) DATOS DE LOS HIJOS

# Client List and Record of Wages

## La lista de clientes y registro de los salarios

Please provide this and other information that can help our staff verify your eligibility for our services.  
Por favor de proporcionar esta y otra información que pueda ayudar verificar y determinar su elegibilidad para nuestro servicio.

<b>Date</b>	<b>Type of work performed (within 30 days)</b>	<b>Contact Information</b>	<b>Amount received</b> (please write gross amount)
<b>Fecha</b>	<b>clase de trabajo realizado (últimos 30 días)</b>	<b>Información de contacto</b>	<b>Pago Recivido</b> (escriba cantidad bruta)

Instrucción: Esta forma tiene el objeto de ser usada por los padres para hacer una auto-certific

1108 Bissell Avenue , Oficina 128  
Richmond, CA 94801  
Teléfono : (510) 307- 4585  
Correo electrónico (E-mail): Preschool@wccusd.net

Sarah Breed  
Æ μ Ÿ À ]œ š }œ

Olanrewaju Ajayi  
}}œ ]v š }œ U œ o Ç >

## FORMULARIO PARA DECLARAR QUE ES UN TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Yo, \_\_\_\_\_ padre de \_\_\_\_\_ certifico que  
(Favor de escribir con letra impresa)

soy un trabajador independiente y que la información que se proporciona a continuación es referente a mi trabajo e ingresos, conjuntamente con los documentos adjuntos para corroborar esta información. Estos datos tienen el objeto de verificar mi elegibilidad para usar los servicios del Programa Pre-escolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa. Estoy bajo conocimiento de que el Departamento de Aprendizaje Temprano podría pedir documentación adicional para hacer una evaluación razonable de mis ingresos.

Título o posición: \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó a trabajar independientemente : \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo al día: \_\_\_\_\_ Número de horas de trabajo a la semana: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo realizado : (Haga el favor de proporcionar una breve descripción sobre el tipo de trabajo que desempeña y el lugar del trabajo o del negocio) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio \_\_\_\_\_, de acuerdo a las leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento personal y que si se me llama a testificar, estaré dispuesto a hacerlo.

Ejecutado el \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ en, \_\_\_\_\_, California  
(Fecha)

Firma del padre : \_\_\_\_\_

WCCUSD Preescolar Estatal / 2020-21  
Lista de Necesidades /Servicios Especiales

Mi hijo/a \_\_\_\_\_ tiene las siguientes necesidades/servicios especiales:

Necesidad/Servicio Especial	S
-----------------------------	---





**WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

Office Teaching, Learning & Leading  
Early Learning Programs  
1108 Bissell Avenue, Room 128  
Richmond, California 94801  
Telephone: (510) 307-

STATEMENT OF RELEASE