



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
Centro de Inscripción
260 S. Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301
Correo Electrónico: preschool@rialtousd.org



Lista de Verificación para Inscripción Preescolar

La calificación para Preescolar Estatal es basado en ingresos. Rialto U.S.D. ofrece programas a las familias quienes no califican basados en sus ingresos.

**** Espacio es limitado**

Favor de proveer los siguientes documentos:

- Verificación de ingresos de cada padre en el hogar que trabaja (ingresos de los últimos 30 días)
- CalWorks/ Asistencia Monetaria/ Estampillas de comida/ Asistencia de adopción o de crianza (si le aplica)
- Acta/Certificado de nacimiento de **TODOS** los niños en su cuidado (para determinar el tamaño de familia)
- Cartilla de vacunación
- Examen físico vigente (forma incluida en el paquete)
- Prueba de Tuberculosis con resultados ó Evaluación de riesgo
- Identificación con fotografía de padre/tutor
- Comprobante de domicilio con fecha dentro de los 30 días

Solamente se aceptará paquetes completos



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO - PREESCOLAR

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL (por favor de usar tinta azul o negra)					OFFICE USE ONLY		
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal		Notes: _____ Grade: _____ Date: _____ Student #: _____ School of Residence: _____ School Assigned: _____ Start Date: _____ Teacher: _____ Classroom/AM or PM: _____ Birth Verification: _____ P.O.B: _____ Enter Code: _____ Address Verification: <input type="checkbox"/> Utility/Rent Receipt <input type="checkbox"/> Affidavit of Residence <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> McKinney Vento <input type="checkbox"/> Foster 4-digit zip: _____ <input type="checkbox"/> RPAT Emailed: _____ Placement Received: _____ Enrolled by: _____	
Grado	Conocido como (otros nombres usados)						
Domicilio		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro: _____				Código postal
Domicilio postal si es diferente		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro: _____				Código postal
Número de teléfono primario		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma preferido de correspondencia			
Correo electrónico primario							
ETNICIDAD (Por favor seleccione uno) ¿Es su estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino		RAZA (Por favor seleccione los que aplican) <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica) <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/Americano filipino <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente)					
INFORMACIÓN DE FAMILIA (Si hay orden de custodia/restricción para su hijo(a), por favor proveer copia)							
Nombre de persona inscribiendo al estudiante		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre de crianza (Foster) <input type="checkbox"/> Encargado de cuidado		Número de teléfono			
Nombre legal de madre		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No vive en el domicilio		Teléfono del trabajo			
Nombre legal de padre		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No vive en el domicilio		Número de teléfono			
				Teléfono del trabajo			
NIÑOS QUE VIVEN BAJO SU CUIDADO							
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela			
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela			
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela			
INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA (Poner la última escuela a la que asistió primero)							
Nombre de escuela		Ciudad	Estado	Grado	Año escolar		
¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ej. Preescolar)		Si es "sí", nombre de la escuela:		Grado	Año escolar		
NIVEL EDUCATIVO DE PADRES			PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS				
El Departamento de Educación de California requiere información sobre el nivel más alto de educación que completaron los padres que inscriben al estudiante. Por favor marcar para ambos padres/tutores.			Por favor proveer la siguiente información para asignación del estudiante en la escuela:				
Madre/tutor 1 <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado			<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) NO ha participado en ningún programa especial <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene un IEP, un IFSP, un ISP, o un plan 504				
Padre/tutor 2 <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado			Mi hijo(a) recibe los siguientes servicios fuera del Distrito de Rialto: <input type="checkbox"/> Instrucción Académica Especializada (ej. RSP/SDC) <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptiva <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Otro: _____				
			¿Tiene alguna inquietud sobre su hijo(a)? _____				

Mi firma certifica que toda la información proveída es correcta. Entiendo que cambios de domicilio, número de teléfono o información de emergencia deben ser reportados a la escuela en 24 horas para la seguridad de mi estudiante.

Firma de padres/tutores: _____ **Fecha:** _____

Cuestionario de vivienda



La información proporcionada a continuación ayudará a la escuela de su estudiante a determinar si usted y/o su estudiante pueden ser elegibles para recibir servicios y apoyos especializados. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar y de la escuela.

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Escuela asignada	Grado

¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación de vida actual y/o la de su familia? Favor de marcar todas las que le aplique.

- Comparte la vivienda** con otra(s) persona(s) debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural, falta de vivienda adecuada o alguna razón similar
- Se aloja en un **refugio** (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un remolque de la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA).
- Vive en un coche, parque, acampando, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (por ejemplo, falta de agua, electricidad o calefacción).
- Vive temporalmente en un **hotel o motel** debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural o motivo similar.
- Soy estudiante menor de 18 años y **vivo separado de mis padres o tutores legales**
- Ninguna de las anteriores.** Mi estudiante y yo vivimos en una vivienda permanente y adecuada

El padre/tutor abajo firmante certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y exacta.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)	Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Dirección	Ciudad	Estado
Código postal	Número telefónico	

Su(s) hijo(s) puede(n) tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local en la que reside actualmente, aunque no disponga de todos los documentos normalmente exigidos en el momento de la inscripción.
- Seguir asistiendo a la escuela de origen si usted lo solicita para el bien estar de su estudiante.
- Recibir transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, y si es necesario, recibir los mismos programas y servicios especiales que se ofrecen a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título 1.
- Recibir todas las protecciones y servicios proveídos por todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y a sus familiares sin hogar.

Indique todos los niños(as) que viven actualmente con usted.

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado (si procede)	Escuela (si procede)

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos derechos, por favor póngase en contacto con el representante de niños y jóvenes sin hogar (McKinney-Vento) de su escuela. Si usted tiene dificultad para ponerse en contacto con ellos, puede comunicarse con los representantes de McKinney-Vento & Foster Youth del Distrito Unificado de Rialto al 909-873-4336.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Autorización de Otorgar Información (Padre 1)

Yo _____, padre de _____ doy permiso a la
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Mantenimiento, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

Firma del Empleado

de Identificación del Empleado

Fecha

EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee

Phone

Home Address

City

State

Zip code

Name of Employer

Contact Person

Employer / Work Address

City

State

Zip code

Employer Phone

Employer Email

Hire Date

Work Hours: Start

End

Job Title

Days of Employment:

Sun _____

Mon _____

Tue _____

Wed _____

Thurs _____

Fri _____

Sat _____

Pay Schedule:

Weekly

Bi-Weekly

Twice a Month

Monthly

Gross Salary (Per Pay Period) \$ _____

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$

Minimum hours per week

Maximum hours per week

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

SIGNATURE OF EMPLOYER

DATE

OFFICE USE ONLY

Information obtained by:

Telephone

Phone No: _____

Name: _____

Facsimile

Fax No: _____

Name: _____

E-Mail/ U.S.Mail

Name: _____

Notes: _____

Date: _____

Verified by: _____



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Autorización de Otorgar Información (Padre 2)

Yo _____, padre de _____ doy permiso a la
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Manutención, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

Firma del Empleado

de Identificación del Empleado

Fecha

EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee

Phone

Home Address

City

State

Zip code

Name of Employer

Contact Person

Employer / Work Address

City

State

Zip code

Employer Phone

Employer Email

Hire Date

Work Hours: Start

End

Job Title

Days of Employment:

Sun _____

Mon _____

Tue _____

Wed _____

Thurs _____

Fri _____

Sat _____

Pay Schedule:

Weekly

Bi-Weekly

Twice a Month

Monthly

Gross Salary (Per Pay Period) \$ _____

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$

Minimum hours per week

Maximum hours per week

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

SIGNATURE OF EMPLOYER

DATE

OFFICE USE ONLY

Information obtained by:

Telephone

Phone No: _____

Name: _____

Facsimile

Fax No: _____

Name: _____

E-Mail/ U.S.Mail

Name: _____

Notes:

Date:

Verified by:



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
EDUCACION TEMPRANA

260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Certificación Propia de Desempleo

Actualmente estoy:

- Buscando empleo (no recibiendo beneficios de desempleo)
- Ama de Casa ó papa doméstico
- Estudiante de medio/tiempo completo
- Otro (breve explicación):

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio, que la
(Nombre del Padre)
información anterior es verdadera.

Firma

Fecha



RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT EARLY EDUCATION

260 South Willow Avenue, Rialto, CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Solicitantes de Programas de Educación Temprana

NOTIFICACIÓN DE PÓLIZA DE FALSIFICACIÓN

El Departamento de Educación de California, División Educación Temprana, requiere que la oficina de Educación Temprana informe a todas las familias que reciben servicios con fondos de Educación Temprana, de la Póliza de Falsificación del Distrito Escolar Unificado de Rialto.

La información que he proporcionado al Distrito Unificado de Rialto verificando mis ingresos con la intención de calificar para servicios específicos de Educación Temprana, son correctos. Entiendo que todos los casos de falsificación serán referidos a la Oficina Fiscal del Distrito del Condado de San Bernardino.

Nombre de Padre / Solicitante

Nombre del Estudiante

Firma de Padre / Solicitante

Fecha

Nombre del Estudiante: _____



Distrito Unificado de Rialto

Problemas de Custodia

Disputas de padres sobre la custodia en el entorno escolar

Los padres pueden tratar de usar a la escuela como un foro para disputar asuntos de custodia. Si es necesario, el distrito escolar puede considerar incluir el siguiente formulario en su notificación anual a los padres y tutores legales.

Las disputas de custodia deben ser tramitadas por las cortes. La escuela no tiene jurisdicción legal para rehusar el acceso del padre biológico con su hijo(a). La única excepción es cuando la escuela tiene en su archivo una orden firmada de restricción o documentos de divorcio apropiados, específicamente estipulando las limitaciones de visitación. Cualquier situación en que se entrega al estudiante que pone en duda el bienestar del estudiante se trata a discreción del administrador escolar o designado. Si cualquier situación se convierte en una interrupción de la escuela, se contactará a la policía y se pedirá la intervención de un oficial. A menos que los Derechos Educativos se han revocado, ambos padres tienen acceso al expediente estudiantil.

Se les pide a los padres que hagan todo lo posible de no involucrar a la escuela en asuntos de custodia.

La escuela hará todo lo posible para comunicarse con el padre que tenga la custodia cuando uno de los padres o cualquier otra persona que no está en la lista de la tarjeta de emergencia intente recoger a su estudiante.

He leído y entiendo la notificación anterior.

Firma de padre/tutor 1

Fecha

Firma de padre/tutor 2

Fecha

Office use only:

Date Received: _____

Home School: _____

Notification placed on Synergy: _____

Document(s) uploaded to Synergy: _____

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO	

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

FECHAS	FECHAS	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomielitis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Paperas	

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

RUTINA DIARIA (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?

¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*		

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento:	Community Care Licensing
Dirección de la oficina de licenciamiento:	3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento:	(951) 782-4200
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS. _____

Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

Firma (Padre/madre/representante autorizado) _____ Fecha _____

NOTA: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE		
Community Care Licensing		
DIRECCIÓN		
3737 Main Street, Suite 700		
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
Riverside	92501	(951) 782-4200

SEPARÉ AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
Escuela Preescolar:	
(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)	
(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	
(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)



RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY EDUCATION
260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Nombre del Niño _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

(Por favor poner sus iniciales en cada constancia)

DERECHOS PERSONALES

Se me ha informado personalmente y he recibido una copia de los **derechos personales** incluidos en las Regulaciones del Código de California, Título 22 en el momento de admisión.

DERECHOS DE LOS PADRES

Hemos recibido una copia del formulario de "NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE PADRES SOBRE LA GUARDERÍA" autorizada.

PARTICIPACIÓN DE PADRES

Entiendo que un padre representando a mi hijo está motivado a participar en el programa preescolar cada mes.

PROCEDIMIENTOS DE ASISTENCIA

Entiendo que la persona(s) autorizada para recoger o dejar a mi hijo debe tener 18 años de edad o mayor. Las personas autorizadas **deben** también estar nombradas en la tarjeta de emergencia y poder presentar una identificación con foto al solicitarse. Mi hijo no será permitido salir con ninguna persona que no está nombrada en la tarjeta de emergencia. **NO SE ACEPTARÁN**

AUTORIZACIONES VERBALES.

Entiendo que se tiene la expectativa que mi hijo asistirá al preescolar diariamente, de lunes a viernes por el total de 3 horas. Además entiendo que mi hijo llegará y será recogido a tiempo diariamente.

Entiendo que puedo pedir a la oficina del preescolar ayuda en localizar servicios sociales para ayudar a mi hijo o a mi familia.

CONDICIONES DE CONCLUSIÓN DE SERVICIOS

Los estudiantes pueden ser dados de baja del programa preescolar por 10 o más ausencias, 3 o más ausencias injustificadas o porque los estudiantes o sus padres se vuelven abusivos, poniendo en peligro la salud física, mental o emocional de los niños o empleados. El programa preescolar estatal debe ser un entorno seguro para todos los estudiantes y personal. También mi hijo puede ser dado de baja por llegar 3 o más veces tarde o ser recogido temprano o ser recogido tarde.

CONSENTIMIENTO DE ANIMALES

A través del año escolar tendremos animales en el salón de clase preescolar. Ya sea con el propósito de observación para una unidad de instrucción o como mascota de la clase para que los estudiantes desarrollen la responsabilidad de cuidar mascotas. Los estudiantes siempre están interesados en acariciar y atender a los animales que visitan como también cuidarlos. A los estudiantes se les enseña cómo atender a los animales con seguridad y cuidado. Por favor indicar si usted **SI** quiere o **NO** que su hijo participe en atender y cuidar al animal o mascota.

_____ **Sí**, mi hijo puede atender a los animales que estarán en la clase.

_____ **No**, yo no deseo que mi hijo atienda a ninguno de los animales que estarán en la clase.

EXPEDIENTE ESTUDIANTIL

Cuando su estudiante avanza a Kindergarten o se transfiere a diferente preescolar en el Distrito Escolar Unificado de Rialto el maestro de su hijo enviará el expediente de su hijo al nuevo maestro. Esto incluye información sobre el progreso del desarrollo de su hijo, muestras del trabajo del estudiante e información de contacto de emergencia. **No incluye:** información personal financiera que usted sometió para calificar para el Programa Preescolar Estatal.

Firma de padre o tutor

Fecha



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
SERVICIOS DE SALUD**

815 S. Willow Ave., Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Mi hijo **NO** tiene ninguna condición médica.

Mi hijo tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):
(marque todo lo que corresponda y marque si requiere medicamento o tratamiento en la escuela)

**Medicamento o Tratamiento
REQUERIDO en la escuela**

<input type="checkbox"/> Alergias Tipo de alergia: _____ Tipo de Medicamento: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ADHD / ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento / Trastornos Genéticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sangre / Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Trastorno Renal / Problemas de Vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas Psicológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Accidentes Graves u Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Impedimento de la Vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cáncer / Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Bolsa de Colostomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 – Dependiente de Insulina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si corresponde: <input type="checkbox"/> Dexcom <input type="checkbox"/> Pompa de Insulina <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Pluma de Insulina Humalog	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia Convulsiones – <input type="checkbox"/> Requiere Diastat	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sonda de Gastrostomía (G-Tube) – <input type="checkbox"/> Requiere alimentación por G-Tube	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas de Corazón / Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Traqueotomía <input type="checkbox"/> Requiere Succión <input type="checkbox"/> Dependiente de Ventilador <input type="checkbox"/> Dependiente de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tratamientos Especiales y/o Medicamentos: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY

Emailed Health Services: _____ Verified by Health Services: _____ School: _____

Provided parent with the following documents:

Authorization for Medical Release Medication Form

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()

REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)
en la _____ . Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA)
a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____
Vision: _____ insect stings: _____
Developmental: _____ food: _____
Language/Speech: _____ asthma: _____
other: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
_____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

Guía Para Padres Sobre Las Vacunas

Requeridas Para Pre-Kínder (Guardería)



Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño/a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2-3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4-5 meses	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6-14 meses	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15-17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)
18 meses-5 años	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1^{er} año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores.

Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Inscríbase.

Obtenga atención médica.

Renueve.

Hay coberturas de salud económicas o gratuitas para TODAS las familias de bajos ingresos de California (opciones en la página 2)

CALIFORNIA

La información no es la misma para otros estados.



¡Renueve la cobertura entre 2023 y 2024!

IMPORTANTE para 2023 y 2024:

LAS PROTECCIONES DE LA COBERTURA CONTINUA DE MEDI-CAL FINALIZAN DESDE ABRIL DE 2023.

¿Usted o algún pariente tiene cobertura de Medi-Cal? En caso de que sí, es posible que deba realizar ciertas acciones para conservarla. Tendrá que renovar su cobertura de Medi-Cal en algún momento entre abril de 2023 y mayo de 2024. Las renovaciones anuales suelen vencer el mismo mes en que se inscribió a Medi-Cal por primera vez.

Qué hacer para mantener la cobertura:

- ▶ **Actualice su información de contacto.** Avise a la oficina de Medi-Cal de su condado si hay algún cambio en su información de contacto (dirección postal, número de teléfono, correo electrónico) para que puedan brindarle detalles sobre cómo renovar su cobertura.
- ▶ **Consulte su correo.** Cuando sea tiempo de renovar la cobertura, Medi-Cal le enviará una carta por correo donde le informará si debe completar un formulario de renovación o si esta puede completarse de forma automática.
- ▶ **Complete el formulario de renovación.** Si recibe un formulario de renovación, deberá completarlo a fin de renovar su cobertura. Los formularios de renovación se enviarán en un **SOBRE AMARILLO**. Complete el formulario y responda todas las preguntas de seguimiento del condado de inmediato por teléfono, en línea, por correo o en persona para evitar brechas en su cobertura.



Cómo renovar la cobertura de Medi-Cal e informar cambios:

- ▶ **Abra una cuenta en línea.** Visite <https://benefitscal.com/O>
- ▶ **Contacte a la oficina de Medi-Cal de su condado.** Para encontrar la oficina de Medi-Cal de su condado, visite dhcs.ca.gov/COL o llame al (800) 541-5555.

¿Qué sucede si ya no califica para la cobertura de Medi-Cal?

Si los ingresos de su familia superaron los niveles de elegibilidad de Medi-Cal (consulte el cuadro de ingresos en la segunda página), quizás califique para primas con descuento mediante Covered California. De ser así, Covered California le enviará información sobre la inscripción automática y qué debe hacer para activarla cuando finalice su cobertura. La cobertura de Covered California comenzará cuando:

- ▶ Pague su prima, O
- ▶ Si no tiene prima, cuando acepte la cobertura en línea o por teléfono.

A menudo sucede que, cuando aumentan los ingresos familiares, los hijos siguen calificando para Medi-Cal aunque los miembros adultos ya no. Proceda a completar y enviar la información de renovación para mantener la cobertura gratuita de Medi-Cal de sus hijos, incluso si usted se inscribió en Covered California.

Inscríbase.

Cómo inscribirse en Medi-Cal y Covered California:

- ▶ **1 (800) 300-1506.**
- ▶ **www.coveredca.com**
- ▶ **En persona:** dhcs.ca.gov/COL
- ▶ **Presente una solicitud por correo electrónico:** encontrará las solicitudes imprimibles de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx.
- ▶ **Busque ayuda en su comunidad:** escanee el código QR a continuación o diríjase a allinforhealth.org/HealthCoverageResources para encontrar ayuda cerca.

Obtenga atención médica.

- ▶ Busque un médico de cabecera. Pida ayuda a su plan de salud para encontrar un médico disponible cerca.
- ▶ Programe un chequeo anual para usted y sus hijos. Los niños pequeños necesitan controles médicos preventivos frecuentes durante el año.
- ▶ Su plan de salud tiene la obligación de ayudarle a programar citas y obtener servicios de interpretación. Además, Medi-Cal está obligado a ayudarle a acceder a transporte gratuito para sus citas.
- ▶ Encuentre un dentista. Visite SmileCalifornia.org para encontrar un dentista de Medi-Cal y un centro dental cerca.
- ▶ Covered California cubre el cuidado dental para los niños. En el caso de los adultos, tendrán que obtener un plan dental adicional.

Renueve.

HCS Medi-Cal debe renovarse todos los años, excepto los que se enumeran a continuación. Es importante asegurarse de que Medi-Cal tenga su dirección actual para que puedan comunicarse con usted cuando sea tiempo de renovar la cobertura. Si recibe un aviso de renovación, ¡no lo ignore! Los niños en acogida o los jóvenes que hayan estado en acogida no necesitan renovar su cobertura. Las personas que hayan parido recientemente tampoco necesitan renovar su cobertura en los 12 meses siguientes a parir.

Los planes de salud de **Covered California** deben renovarse todos los años. A fin de año, se enviará la información de renovación por correo, o puede contactar directamente a Covered California.

▶ **¡Escanee el código QR para obtener información sobre cómo y cuándo hacer la renovación!**



UN PROYECTO DE
The Children's Partnership

© The Children's Partnership 2023



¿Necesita ayuda?

Escanee este código QR para obtener AYUDA LOCAL en su área.

O DIRÍJASE A:
www.allinforhealth.org

Opciones para coberturas de salud

Medi-Cal:

- ▶ Los niños y los adultos califican para todos los beneficios de Medi-Cal según sus ingresos. Los niños y las personas embarazadas o que hayan parido recientemente tienen niveles de elegibilidad con mayores ingresos que otros adultos (consulte la gráfica a continuación).
- ▶ Medi-Cal cubre **TODOS LOS COSTOS** de exámenes, vacunas, chequeos, especialistas, salud mental, servicios dentales y de visión, y cualquier otro cuidado médico necesario.
- ▶ La inscripción a Medi-Cal está abierta todo el año.
- ▶ La mayoría de las personas que se inscriban a Medi-Cal deben hacerlo en un plan de salud de Medi-Cal que administre su cobertura de atención médica. Todos los planes son diferentes y tienen su propia lista de proveedores de atención médica. Para obtener más información sobre los planes de salud, visite: <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.
- ▶ Los planes de Medi-Cal incluyen servicios de telesalud. Consulte con su proveedor sobre el acceso a atención vía video o por teléfono.

- ▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Medi-Cal para niños y adolescentes, diríjase a www.allinforhealth.org o haga clic en el [sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica \(DHCS\)](#), el folleto para [niños y adolescentes](#) y la [carta para conocer sus derechos](#).

Covered California:

- ▶ Covered California ofrece varios planes de salud. Ayudan a comparar y elegir el plan de salud que mejor se adapte a cada persona. Para obtener más información, visite: CoveredCA.com.
- ▶ Es posible que muchas personas que residen en California califiquen para asistencia financiera mediante un crédito fiscal de prima o reducciones en lo que las personas inscritas pagan por la asistencia médica (conocidas como reducciones de costos compartidos).
- ▶ Inscríbase durante la Inscripción abierta o cuando sea que atraviese una [experiencia de vida transformadora](#), como perder su empleo o tener un bebé. A partir de ese momento, tiene 60 días para completar la inscripción.

Familias inmigrantes

Expansión de Medi-Cal

- ▶ Actualmente, los niños o personas menores de 26 años, adultos de 50 años o mayores, destinatarios del programa Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA), personas embarazadas o que hayan estado embarazadas recientemente y que sean elegibles según sus ingresos son elegibles para la cobertura de salud y los beneficios de Medi-Cal **SIN IMPORTAR SU SITUACIÓN MIGRATORIA**.
- ▶ Las personas jóvenes que no tengan documentos y cumplan 26 años en 2023 continuarán teniendo Medi-Cal hasta 2024. En 2024, se les enviará información sobre cuándo y cómo renovar su Medi-Cal.
- ▶ En 2024, California eliminará todas las barreras a Medi-Cal relacionadas con la situación migratoria. A partir del 1 de enero de 2024, todas las personas que residan en California y tengan ingresos que califiquen serán elegibles para acceder a todos los beneficios de Medi-Cal, sin importar su situación migratoria.

Covered California

- ▶ Quienes tengan documentos de inmigración pueden calificar para Covered California y para su asistencia financiera. Algunos condados brindan opciones de atención médica sin importar la situación migratoria.

Norma de cargo público actualizada

- ▶ En diciembre de 2022, el gobierno federal actualizó la norma de cargo público y dejó claro que Medi-Cal no está destinado a fines de cargo público (a excepción de cuidados institucionalizados a largo plazo, también conocidos como atención domiciliar de enfermería especializada).
- ▶ La inscripción de su hijo en Medi-Cal y el uso de los servicios de atención médica no afectarán tu situación migratoria.

- ▶ Si la evaluación de cargo público le preocupa, utilice este **Mapa de ruta del cargo público** para entender mejor si aplica a su caso o al de su pariente.



Diríjase a allinforhealth.org/public-charge

Ayuda financiera. Usted o su familia podrían calificar para la asistencia gratuita de Medi-Cal o prima bajo Covered California.*

CONSULTE LA NOTA A CONTINUACIÓN PARA VER LOS INGRESOS EN ESTE RANGO

Subsidios para primas de Covered California**

El crédito fiscal asciende a más de 400%

Costos compartidos nulos para AI/AN

Costos compartidos limitados para AI/AN

FPL en %	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%
Tamaño del hogar	Si los ingresos del hogar en 2023 son de o menos de									
1	\$13,590	\$18,755	\$20,385	\$27,180	\$28,947	\$33,975	\$36,150	\$40,770	\$43,760	\$54,360
2	\$18,310	\$25,268	\$27,465	\$36,620	\$39,001	\$45,775	\$48,705	\$54,930	\$58,959	\$73,240
3	\$23,030	\$31,782	\$34,545	\$46,060	\$49,054	\$57,575	\$61,260	\$69,090	\$74,157	\$92,120
4	\$27,750	\$38,295	\$41,625	\$55,500	\$59,108	\$69,375	\$73,815	\$83,250	\$89,355	\$111,000
5	\$32,470	\$44,809	\$48,705	\$64,940	\$69,162	\$81,175	\$86,371	\$97,410	\$104,554	\$129,880
6	\$37,190	\$51,323	\$55,785	\$74,380	\$79,215	\$92,975	\$98,926	\$111,570	\$119,752	\$148,760
	Medi-Cal para adultos			Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente			Acceso a Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente			
	Medi-Cal para niños (0 a 18 años)						CCHIP***			

* Para obtener información sobre cómo calcular el tamaño del hogar y los ingresos, visite: ciudadosalud.gov/es/income-and-household-information.

** En cuanto a Covered California, estos niveles de elegibilidad de ingresos de 2023 entran en vigencia al principio del próximo período de inscripción, que comienza el 1 de noviembre de 2023.

*** Solo para los residentes de los condados de San Francisco, San Mateo y Santa Clara.

Nota: Las personas que superen el 138% en el nivel de pobreza federal (FPL) podrían calificar para un plan de salud Covered California con asistencia financiera que incluya: crédito fiscal de prima federal y planes de costos compartidos nulos y de costos compartidos limitados para indígenas americanos (AI)/nativos de Alaska (AN).

Fuente: www.coveredca.com/pdfs/FPL-chart.pdf



ATENCIÓN MÉDICA PARA TODAS LAS FAMILIAS

UN PROYECTO DE **The Children's Partnership**

NUESTROS SOCIOS:



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, DIRÍJASE A www.allinforhealth.org

RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT • HEALTH SERVICES • 815 S. WILLOW AVENUE, RIALTO, CA 92376 • TEL: (909) 820-8150

Possible Referrals: If you have a personal health care provider, please feel free to use them. *We do not endorse any specific health care provider.*
 Posibles referencias: Si tiene un proveedor de atención médica personal, no dude en utilizarlo. *No respaldamos a ningún proveedor de atención médica específico.*
For additional information, please scan the QR codes provided. • Para obtener información adicional, escanee los códigos QR proporcionados.

DENTAL CARE

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Dental Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
9922 Sierra Ave., Fontana
(909) 822-4800

B R DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
436 S. Riverside Ave., Rialto
(909) 874-5200

DR. DAVID A. NEWSHAM, DDS
1735 N. Riverside Ave., Rialto
(909) 820-9081




MEDICAL CARE

SAC HEALTH SYSTEM
815 S. Willow Ave., Rialto
To schedule an appointment
(909) 382-7100

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

BLOOMINGTON COMMUNITY HEALTH CENTER
18601 Valley Blvd., Bloomington
(909) 546-7520

MOMMY AND ME MEDICAL GROUP
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 421-0493

ARROWHEAD FAMILY HEALTH CENTER
16888 Baseline Ave., Fontana
(855) 422-8029

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Medical Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8158




MEDICAL CARE...continued

LASALLE MEDICAL ASSOCIATES
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 546-7135

UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER
17500 Foothill Blvd. #A-2, Fontana
(909) 428-0170




VISION EXAMS

NORTHPOINTE OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 220
Rialto (909) 875-1144

RIALTO OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 210
Rialto (909) 421-3030

COLTON OPTOMETRIC CENTER
190 W. H St., Ste. 105
Colton (909) 825-9044




COUNSELING SERVICES

MESA COUNSELING SERVICES
850 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 421-9358

SOUTH COAST COMMUNITY SERVICES
1461 E. Cooley Dr., Ste. 100, Colton
(877) 527-7227





COVERED CALIFORNIA
(800) 300-1506
www.coveredca.com

IEHP
Inland Empire Health Plan
(800) 720-4347
www.iehp.org



MEDI-CAL
(800) 410-8829
keepmedicalcoverage.org



BENEFITS CAL
(877) 410-8829
www.benefitscal.com



SAN BERNARDINO COUNTY
TRANSITIONAL ASSISTANCE DEPARTMENT
1175 W. Foothill Blvd., Rialto (877) 410-8829