

HELPING HANDS, INC.

5522 S 3200 W • Suite 110
 Taylorsville, UT 84129
 Phone: (801) 955-6234 • Fax: (801) 955-6228

Forma de Registro de Niños

Nombre de la Proveedoradora _____ Número de Teléfono _____

Nombre de los Padres _____ Número de Teléfono _____

Dirección de los Padres _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Donde Trabaja _____ Teléfono del Trabajo / Otro Contacto _____

POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE- LLENELA COMPLETAMENTE (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE DE LOS NIÑOS)

# del Niño (por la proveedora)	Nombre Completo de los Niños Registrados	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación con la Proveedoradora	Horario de Llegada/Salida	Información Escolar	Horario de la Escuela	Días en la Escuela	Raza Étnico
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM a ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM a ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM a ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM a ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	

*Si es familiar marque, por favor, la relación: hijo / hija hijastro / hijastra nieto / nieta sobrino / sobrina (hijo ó hija únicamente de un hermano o cuñado)

Días en Cuidado	Comidas en Cuidado	Infantes: Si el niños es menor de 1 año, esta sección debe ser completada
<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vier <input type="checkbox"/> Varían	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Meri. PM <input type="checkbox"/> Meri. AM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> El padre acepta la formula de la proveedora (o suministra leche materna) y el padre acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra la formula pero acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra toda la formula y la comida y rehúsa la comida de la proveedora

OPCIONAL No tiene que llenar esta sección bajo el titular del acta IV de los derechos civiles. Por favor, escriba el código apropiado

Raza: AI=Indio Americano o de Alaska AS=Asiático PA=de las Islas del Pacífico BL=Negro WH=Blanco **Étnico:** H=Hispano/Latino N=No Hispano/Latino

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, siglas en ingles), se prohíbe a este organismo la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas. Para presentar una queja de discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame a (202)720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrecer oportunidad igual a todos.

¿Están los niños en el horario del todo año "year round" de la escuela? SI NO Calendario "track" (A-D) _____

Nombre del Distrito y de la escuela que los niños asisten _____

¿Tiene el niño una dieta especial? SI NO (Si es así, fije una nota del medico)

Si es así, por favor explique _____

¿Necesita la proveedoradora facilidades para acomodar a un niño con impedimento físico? SI NO

Si es así, por favor explique y fije una nota del médico _____

Yo (nosotros) certifico que la información es correcta y verdadera en todos los aspectos. Yo (nosotros) entendemos que mi hijo(s) recibirán las comidas sin costo para mi, sin tener en cuenta la raza, color, lugar de origen, edad, sexo, o impedimentos, y que yo (nosotros) seremos contactados por el programa patrocinador y / o representantes para confirmar la información anterior de registro y asistencia de mi hijo(s).

Firma del Padre (Madre)

Fecha

Yo (nosotros) reconozco que yo (nosotros) somos responsables de cualquier exceso la cual puede resultar de informes adjuntos erróneos o negligentes. Yo (nosotros) entendemos que ésta información está sujeta a verificación por parte del programa patrocinador.

También, yo (nosotros) entendemos que ésta información está siendo dada en conexión con el recibo de fondos federales y que la falsedad deliberada puede conllevarme a procesamientos legales aplicables al Estado a estatutos Federales Criminales.

Firma de Proveedoradora

Fecha de Inscripción