

# LISTA DE FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

|                               |                                  |                                |                                        |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| PRE SCHOOL<br>(Agosto -Junio) | BEFORE SCHOOL<br>(Agosto -Junio) | AFTER SCHOOL<br>(Agosto-Junio) | SUMMER<br>ENRICHMENT<br>(Junio-Agosto) |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

| FORMS                                                                                                                                                                                                          | COMMENTS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN DILC                                                                                                                                                                            |          |
| 2. CUOTA DE INSCRIPCIÓN \$ 50.00 (por programa, es decir, cuidado antes / después, enriquecimiento de verano y preescolar)                                                                                     |          |
| 3. Care4Kids Application (if applicable)<br><a href="https://portal.ct.gov/oec/care4kids?language=en_US">https://portal.ct.gov/oec/care4kids?language=en_US</a>                                                |          |
| 4. Care4Kids Parent Provider (if applicable)                                                                                                                                                                   |          |
| 5. Recibos de pago actuales (vigentes durante un mes)                                                                                                                                                          |          |
| 6. Evaluación de la salud del estudiante <ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario para padres/cuidadores</li> </ul>                                                                                   |          |
| 7. Consultorio médico <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de vacunación</li> <li>Forma física</li> <li>Medicación</li> <li>Formulario de medicación con plan de acción (si corresponde)</li> </ul> |          |
| 8. Formulario de autorización de yoduro de potasio                                                                                                                                                             |          |
| 9. Formulario de permiso/autorización                                                                                                                                                                          |          |
| 10. Cosas que debe saber sobre antes y después de la escuela                                                                                                                                                   |          |
| 11. Cosas que debe saber sobre el enriquecimiento de verano                                                                                                                                                    |          |
| 12. Encuesta sobre el idioma del hogar (preescolar)                                                                                                                                                            |          |
| 13. Historia del desarrollo (preescolar)                                                                                                                                                                       |          |
| 14. Cosas que debe saber sobre (Preescolar)                                                                                                                                                                    |          |
| 15. IEP / Instrucciones adicionales                                                                                                                                                                            |          |

# The Center: A Drop-In Community Learning and Resource Center, Inc.

Solicitud de inscripción

**Tarifas de solicitud: \$ 50 (no reembolsable)**

## (1) Program Selection

- |                                                                                 |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Before Care Program (7:00AM-9:00AM)                    | <input type="checkbox"/> Summer Enrichment Program (K- Middle School grades)<br><input type="checkbox"/> 8:00AM-4:00PM                             |
| <input type="checkbox"/> After School Program (Pre-K-Middle School) 2:30-5:30PM | <input type="checkbox"/> Early Childhood Education Program (8:00AM-3:00PM)<br><input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> Summer |

## (2) Información para

Nombre del niño : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: ☐ Masculino  
☐ Hembra

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela del niño: \_\_\_\_\_ Grado del niño (actual): \_\_\_\_\_

Please select a "Race" and answer yes or no under Hispanic/Latino and if you answer yes; please provide your child's Ethnicity/Country of Origin.

| "Race Categories"                                                                | Hispanic or Latino                                        | Ethnicity/Country of Origin |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> White                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Black /African American                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Asian                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Other Pacific Islander                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Asian & White                                           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Black/African American & White                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & White                  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & Black African American | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |
| <input type="checkbox"/> Other Multi Racial: _____                               | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES- | _____                       |

## (3) Historial médico del

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones o inquietudes médicas? Marque todas las casillas que correspondan.

(Esta información se utiliza para garantizar el bienestar de su hijo y no afectará la aceptación de su hijo)

- ☐ Asthma
- ☐ Glasses
- ☐ Hearing aid needed
- ☐ Frequent Bloody Nose
- ☐ Epi-Pen use
- ☐ ADD or ADHD (Hyperactivity)

Medication \_\_\_\_\_

- ☐ Allergic reactions to: \_\_\_\_\_

- ☐ Other serious medical conditions

Please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ Learning Disabilities

Type \_\_\_\_\_

Does your child have an I.E.P.? ☐ Yes ☐ No  
(If you answered yes, please provide a copy of the plan to the Center.)

- ☐ 504 Plan

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono del dentista \_\_\_\_\_

Dirección del dentista \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

#### (4) Información del tutor

¿Es este niño un pupilo del estado?? ☐ YES ☐ NO Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Work Extension: \_\_\_\_\_  
Cell/Pager: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión de obra: \_\_\_\_\_  
Cell/Pager: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### (5) Información de contacto de

(Se requieren dos contactos que no sean los tutores legales.)

(1) Contacto principal de emergencia y nombre de recogida (no puede ser tutor): \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Cell/Pager: \_\_\_\_\_

(2) Contacto secundario de emergencia y nombre de recogida (no puede ser tutor): \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Cell/Pager: \_\_\_\_\_

#### (6) Estado financiero

Asistencia financiera recibida (marque todas las que correspondan):

☐ TANF ☐ Food Stamps ☐ General Assistance ☐ Social Security Disability ☐ Social Security Income  
☐ Veterans Compensation ☐ Care 4 Kids ☐ Alimony

Escriba sus ingresos y el tamaño de su familia a continuación y envíe tres cheques de nómina actuales con su solicitud.

| Tamaño de la familia | Ingresos semanales | Ingresos quincenales | Ingresos anuales |
|----------------------|--------------------|----------------------|------------------|
|                      |                    |                      |                  |

## (7) Lanzamiento general

Nombre del niño : \_\_\_\_\_ Apellido del niño: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, el tutor legal of \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del tutor legal) (Escriba el nombre del niño)

Por la presente liberamos *al programa The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*, y a cualquier organización con la que pueda contratar servicios, de toda responsabilidad por cualquier lesión que pueda ocurrir a mi hijo durante *los programas y actividades de The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que este programa es educativo y recreativo, y por la presente certifico que mi hijo goza de buena salud y puede participar en todos los aspectos de las actividades del programa, excepto como se indica por escrito y se incluye en este formulario.

Doy permiso para que mi hijo participe en:

1. El proveedor de cuidado infantil tiene mi permiso para transportar a mi hijo, si es necesario, cuando mi hijo está bajo cuidado.
2. Excursiones ya sea caminando, en la camioneta o en el autobús.
3. Las clases de computación y yo revisaremos las políticas y procedimientos del Manual para padres y discutiremos las políticas y el uso aceptable de la computadora e Internet con mi hijo / hijos.

Autorizo al Distrito de Escuelas Públicas de New London a entregar todos y cada uno de los registros médicos y / o educativos relacionados con mi hijo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que esta información se utilizará para cumplir con los requisitos de salud estatales y para evaluar las necesidades académicas y de acondicionamiento físico y el rendimiento de mi hijo. Además, doy mi consentimiento a *The Center: A Drop-In Community Learning Center* para evaluar el impacto de la programación en el progreso académico y el desarrollo social de mi hijo a través de la investigación y el uso de prácticas basadas en evidencia.

Autorizo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center* el derecho a usar fotografías y otros registros de la imagen, la voz y los sonidos de mi hijo durante su participación, y a reutilizar o licenciar el derecho a reutilizar dichas fotografías y grabaciones de su nombre, imagen y biografía, en todos los medios y en todas las formas, incluyendo, pero no limitado a, su participación en programas y actividades, sin compensación para mí ni limitación alguna.

**Manejo del comportamiento:** promovemos un sistema positivo de manejo del comportamiento basado en elogios, humor, modelado, redirección y elección. Si un niño no responde a estas estrategias, el miembro del personal emitirá una advertencia verbal. Si el comportamiento continúa, emita una segunda advertencia e indique las consecuencias si el comportamiento continúa. Después de la segunda advertencia, el personal puede:

- Iniciar un tiempo de espera por un período de tiempo que sea apropiado para la edad (número de minutos que no exceda la edad del niño))
- Limitar la participación en actividades
- Revocar privilegios
- Comuníquese con los padres

No se tolerarán los siguientes comportamientos: peleas, robos, vandalismo, intimidación, extorsión y desafío. Las consecuencias de tal comportamiento pueden incluir:

- Suspensión del programa
- Reparación de daños y perjuicios
- Expulsión del programa
- Registre cualquier intervención en la ficha del participante.
- Después de cualquier intervención disciplinaria, pídales al niño que identifique el comportamiento que justificó la intervención, así como los comportamientos apropiados para usar la próxima vez.

### Métodos de disciplina:

- Se alentará a los niños a pensar en soluciones o alternativas para su propio mal comportamiento. Esto permite al niño aceptar la responsabilidad de sus propias acciones.
- Los niños serán redirigidos de un comportamiento inapropiado y sin rumbo a una experiencia más constructiva y exitosa mediante el uso de opciones apropiadas.
- Los niños serán retirados de una situación provocadora. Esta técnica les da a los niños la oportunidad de obtener control de sí mismos. Si el niño pierde el control y/o representa un peligro para sí mismo o para otros niños, será enviado al Head Teacher o

el Director Ejecutivo. El objetivo es preservar la autoestima del niño, no explotarlo ni degradarlo. El niño decide cuánto tiempo necesita antes de volver al grupo.

Autorizo a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center, a que se brinde toda la atención médica necesaria a mi hijo en caso de una emergencia. Entiendo que me contactarán lo antes posible, en caso de que surja una emergencia de este tipo.

Firma del guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Revisión anual de la solicitud

Date that the application was reviewed: \_\_\_\_\_. Guardian's Signature \_\_\_\_\_

Date that the application was reviewed: \_\_\_\_\_. Guardian's Signature \_\_\_\_\_

Date that the application was reviewed: \_\_\_\_\_. Guardian's Signature \_\_\_\_\_

If you need to update any information on this application, please request a change of information form.

**No escriba debajo \* SOLO PARA USO DE OFICINA \* No escriba**

### Supplemental Information Checklist

|                                                              | Date Received | Staff Initials | Comments |
|--------------------------------------------------------------|---------------|----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> \$50 Application Fee                |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Nutrition Form                      |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Care 4 Kids Application             |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Current Paychecks                   |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Student Health Records              |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate (ECEP Only)       |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Potassium Iodide Authorization Form |               |                |          |
| <input type="checkbox"/> Release Forms                       |               |                |          |

FORMULARIO de autorización de terapia  
YODURO de potasio (KI) ESTUDIANTES

(por favor COMPLETAR A separado FORM para cada INSCRIPTO ESTUDIANTES/niño) de

Nombre de estudiantes: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono en Casa : \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_

Médico el alumno \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

---

---

(Por favor indicar su autorización o negativa marcando la caja o cajas apropiado a continuación.)

☐ Sí, quiero que mi anterior con nombre hijo sea administrado Iodide de potasio (KI) por personal de centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear y tras la orden de la Comisionada del departamento de salud pública.

☐ No, no quiero hacer mi hijo con nombre anterior a darse Iodide de potasio (KI) por el personal del centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear, incluso si ordenó por el Comisionado del departamento de salud pública por las siguientes razones:

(1) ☐ Debido a condiciones médicas, como las que se indican a continuación:

- Alergia a los problemas Iodide
- De la tiroides de yodo  
[pueden incluir problemas de tiroides: enfermedad de grave, bocio, hipotiroidismo o cualquier otra condición de la glándula tiroides.]
- Hypocomplementemic Vasculitis  
[una condición de la piel graves que incluye sangrado debajo de las ampollas llenas piel, fluidas, llagas y quema.]

(2) ☐ Para distintos de razones médicas, no quiero hacer mi hijo para recibir (KI).

Entiendo que es mi responsabilidad para notificar a centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo por escrito si deseo cambiar mi autorización como se indicó anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Del padre o Guardián Signatura



## Formulario de liberación de permiso

que aprende de:

Primeros auxilios/CPR • Gerencia del comportamiento • Excursiones • Fotos y nombre

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Primeros auxilios y permiso de CPR que

reconozco que he leído la política del accidente y de la emergencia en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de administrar los primeros auxilios y/o CPR a mi niño.

Firma del \_\_\_\_\_ del padres

### Política de la disciplina y dirección del comportamiento que

reconozco que he leído la política de la disciplina y la dirección del comportamiento en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de utilizar medidas apropiadas según lo indicado en el manual.

Firma del \_\_\_\_\_ del padres

### Excursiones

reconozco que he leído la política del excursiones al campo en el manual del padres y seguiré los procedimientos indicados.

Firma del \_\_\_\_\_ del padres

### Lanzamiento de la foto

doy consentimiento al uso de las fotografías/de los videos tomados durante nuestros programas para los propósitos de la publicidad, promocionales y/o educativos (publicaciones incluyendo, presentación o difusión vía el periódico, el Internet u otras fuentes de los medios). Hago esto con conocimiento completo y consiento y renuncio todas las demandas para la remuneración para el uso.

\_\_\_\_ sí, doy el consentimiento para The Drop In Learn/Camp a la fotografía mi niño para los propósitos y/o los acontecimientos del programa.

\_\_\_\_ No, no autorizo a The Drop In Learn/Camp a la fotografía para mi niño para ningún acontecimiento.

Firma del \_\_\_\_\_ del padres

## Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

### Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

**Instrucciones:** Consulte las *Instrucciones para la solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start*.

#### Parte 1: Información del niño

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (día, mes, año): \_\_\_\_\_

**Días normales de cuidado del niño** (Marque todos los días aplicables):

☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ viernes ☐ sábado ☐ domingo

**Horario normal de cuidado del niño** (Escriba la hora y circule AM o PM):

\_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM y \_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM

**Servicios normales de comidas provistas al niño** (Marque todas las comidas/meriendas aplicables):

☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena

#### Parte 2A: Participantes categóricamente elegibles para recibir comidas gratis de los beneficios del CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No** complete la parte 2B.

Número de caso del SNAP: \_\_\_\_\_ Número de caso del TFA: \_\_\_\_\_ Marque si hay hijos de crianza: ☐

#### Parte 2B: Todos los demás grupos familiares Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

- Nombre de todos los miembros del grupo familiar:** Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.
- Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe:** Indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto de los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada. Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.

| Nombres | Ganancias del trabajo (antes de deducciones): empleo 1 |                                  |                |               | Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimentaria |                                  |                |              | Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos |                                  |                |              |
|---------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------|
|         | Semanal mente                                          | Quincenal mente (cada 2 semanas) | 2 veces al mes | Mensual mente | Semanal mente                                                   | Quincenal mente (cada 2 semanas) | 2 veces al mes | Mensualmente | Semanal mente                                             | Quincenal mente (cada 2 semanas) | 2 veces al mes | Mensualmente |
| 1.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 2.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 3.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 4.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 5.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 6.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 7.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |
| 8.      |                                                        |                                  |                |               |                                                                 |                                  |                |              |                                                           |                                  |                |              |

#### Parte 3: Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar y fechar este formulario antes de que se apruebe.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

## Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Nombre del adulto en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) XXX-XX-\_\_\_\_ ☐ No tengo un SSN

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Parte 4: Identidad racial y étnica (opcional) No tiene obligación de completar esta parte.

Etnia (marque una opción):

- ☐ Hispana/latina  
☐ No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más):

- ☐ Asiático/a  
☐ Caucásico/a  
☐ Afroamericano/a

- ☐ Indio/a estadounidense o nativo/a de Alaska  
☐ Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del CACFP del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el personal del CACFP en Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en [https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/cacfp/forms/ncelig/income\\_eligibility\\_application\\_cacfp\\_centers\\_spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/cacfp/forms/ncelig/income_eligibility_application_cacfp_centers_spanish.pdf).

### Solo para uso del patrocinador – No escriba después de esta línea

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso familiar total: \$ \_\_\_\_\_ Numero de familia: \_\_\_\_\_ ☐ Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

☐ Elegible para recibir comidas gratis ☐ Elegible para recibir comidas a precio reducid ☐ O Excede los ingresos

Firma oficial de elegibilidad del patrocinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Páginas 10 a 16

Retener para sus  
registros

*\*Páginas 1-9 Completar y regresar a The Drop Office*

## **Cosas que debe saber sobre La caída antes de la escuela, después de la escuela y Días de salida anticipada**

- El horario del programa para antes de clases es de 7:00 am a 9:00 am
- El horario del programa para después de la escuela, la edad escolar es de 2:45 pm a 5:30 pm
- Por favor, no recoja a su hijo antes 4:30 pm.
  - 2:45 – 3:50 PM ~ Llegada al Centro
  - 3:30 – 4:00 PM. ~ Merienda, Tarea y Lectura
  - 4:00- 5:00 PM Actividades de enriquecimiento (es decir, NESS, invitado especial, etc.)
- Precios y pagos:
  - El cargo es de \$ 12 por día, \$ 17 por día por medio día. (consulte la tabla a continuación para conocer los precios detallados)
  - La facturación se realiza mensualmente. Tiene la opción de pagar semanalmente. Si elige esta opción, debe pagar antes del viernes de la próxima semana.
- Se DEBE completar **un formulario de inscripción anual** antes de que pueda inscribirse en el programa.
- DEBE llamar a la escuela de su hijo y haber completado todo el papeleo antes del primer día de asistir a nuestro programa.
- The Drop sigue el calendario de las escuelas públicas de New London (hay copias disponibles).
- Si su hijo necesita medicamentos (es decir, inhalador, EpiPen), necesitamos una nueva receta sin abrir con un plan de acción del médico y un formulario de autorización para administrar medicamentos (disponible en The Drop).
- A medida que los niños bajen del autobús,:
  - Ser registrado por el personal de entrega cuando bajen del autobús y entren al edificio.
- Los niños recogen una canasta para colocar sus pertenencias (Mochila, abrigo, etc.).
  - Lávate las manos y come un refrigerio.
  - Sacar su tarea y / o elegir un libro para leer (mínimo de lectura de 20 minutos).
- Llame al 860-984-8471, para que el personal pueda acompañar a su hijo por la puerta.

| <b>Precios</b>                                     |                   |                    |
|----------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
|                                                    | <b>Daily Cost</b> | <b>Weekly Cost</b> |
| Before or After School                             | \$12 a day        | \$60 a week        |
| Both before and after school                       | \$24 a day        | \$120 a week       |
| <b>Pre School Children – Weekly and Daily Cost</b> |                   |                    |
|                                                    | <b>Daily Cost</b> | <b>Weekly Cost</b> |
| Before or After School                             | \$17 a day        | \$87 a week        |
| Both before and after school                       | \$34 a day        | \$174 a week       |
| <b>Half Days – Weekly and Daily Cost</b>           |                   |                    |
|                                                    | <b>Daily Cost</b> | <b>Weekly Cost</b> |
| School Age                                         | \$17 a day        | Usually Wednesday  |
| Pre School                                         | \$25 a day        | Usually Wednesday  |
| <b>Vacation days</b>                               |                   |                    |
|                                                    | <b>Daily Cost</b> | <b>Weekly Cost</b> |
| School Age 8am – 3pm                               | \$23 a day        | \$114 a week       |
| School Age 8am – 5pm                               | \$36 a day        | \$178 a week       |
| Pre School 8am – 3pm                               | \$34 a day        | \$172 a week       |
| Pre School 8am – 5pm                               | \$51 a day        | \$253 a week       |

- El personal está OBLIGADO a registrar la entrada y salida de los niños diariamente.

Antes de la escuela, después de la escuela y días de salida temprana

## Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

### The Drop-In Learning Center (The Center: A Drop in Community Learning and Resource Center, Inc)

Estimado Padre/Madre/Custodio:

The Drop-In Learning Center Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). El CACFP se financia con fondos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA) y es administrado por el Departamento de Educación del Estado de Connecticut.

Nuestro programa puede recibir reembolsos por comidas servidas a niños/as que cumplan los requisitos de elegibilidad para comidas gratuitas o de precio reducido. Debemos documentar la elegibilidad de estos niños obteniendo datos del tamaño de sus familias y el ingreso de las mismas. Las familias cuyos ingresos sean iguales o menores al nivel mostrado en las “Pautas de Ingreso Bruto para Comidas de Precio Reducido” (véase la página 2) son elegibles para comidas sin cargo. Por favor, complete, firme, feche y devuelva la solicitud adjunta. **La información que usted provea será tratada confidencialmente, y se usará únicamente para la determinación de elegibilidad.**

Por favor, provea la información requerida en la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso adjunta, y devuélvala lo más pronto posible. Usaremos esta información para decidir el nivel de beneficios CACFP que recibirá su proveedor de servicios. Podremos asimismo dar a conocer la información de su formulario a funcionarios de otros programas de nutrición, salud y educación infantil, a fin de determinar beneficios para estos programas.

**Participantes categóricamente elegibles sin cargo para beneficios CACFP:** Las familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA) y las familias con hijos de crianza son elegibles para comidas CACFP sin cargo.

- **SNAP o TFA:** Si usted recibe actualmente beneficios SNAP o TFA para su niño/a, solamente necesita anotar el nombre de su niño/a, el número de caso SNAP o TFA, y **firmar y fechar** la solicitud.

**Hijos/as de crianza:** Si su familia incluye un/a hijo/a de crianza, solamente necesita anotar el nombre de su niño/a, marcar el casillero de hijo de crianza, y **firmar y fechar** la solicitud. En consonancia con la Ley de Niños Saludables y Libres del Hambre (Healthy, Hunger-Free Kids Act) de 2010, los/as hijos/as de crianza que están bajo la responsabilidad del estado o son colocados formalmente por una agencia o tribunal estatal para el bienestar del niño son categóricamente elegibles para beneficios CACFP

## The Drop-In Learning Center

- sin cargo. *Esta disposición no se aplica a los arreglos informales ni a colocaciones que puedan existir fuera de los sistemas basados en el estado o en los tribunales.* La elegibilidad para hijos/as de crianza con colocación formal ya no se determina en base a su ingreso de uso personal y a un tamaño familiar de uno. La institución de cuidados infantiles debe obtener documentación de una agencia adecuada estatal o local confirmando la condición del menor como hijo/a de crianza. Los hogares que tengan hijos/as de crianza e hijos/as propios pueden optar por incluir todos/as los/as hijos/as en la misma solicitud. Ahora bien, la presencia de un/a hijo/a de crianza en la familia no confiere elegibilidad para comidas gratuitas a todos /as los/as niños/as de la familia.

**Todas las demás familias:** Si el ingreso de su familia es igual o menor al nivel mostrado en la tabla de la página 2, “Pautas de Ingreso Bruto para Comidas de Precio Reducido”, deberá proveer la información siguiente para que pueda procesarse su solicitud.

- **Miembros de la familia:** Anote los nombres de todas las personas que viven en su casa, incluyendo padres, abuelos, **todos** los niños, otros parientes y personas que no son miembros de la familia, pero viven en su casa.
- **Número de Seguro Social:** Anote los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Si la persona no tiene un número de seguro social, marque (☒) el casillero al lado de la declaración, “No tengo un SSN.”
- **Ingreso actual:** Anote el monto del ingreso que cada persona haya ganado **el mes anterior** (*antes* de descontar impuestos, seguro social, etc.), y su origen, tal como sueldos, jubilación o bienestar. Si el ingreso del mes anterior de cualquier miembro de la familia fue mayor o menor que el monto usual, anote el ingreso promedio usual de esa persona.

**Fecha y firma:** Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** la solicitud.

**Información de cambios:** En consonancia con la Ley de Nutrición Infantil y Reautorización de WIC (Child Nutrition and WIC Reauthorization Act) de 2004, ya no se requiere que las familias notifiquen cambios en sus circunstancias, p.ej. aumento en ingresos, disminución del tamaño de la familia, o cuando la familia ya no es certificada como elegible para recibir beneficios SNAP o TFA. Una vez que ha sido aprobada para beneficios gratuitos o de precio reducido, una familia seguirá siendo elegible para estos beneficios por un plazo que no podrá exceder 12 meses.

**Nueva solicitud:** Si usted no es elegible ahora, pero tiene una disminución en el ingreso de la familia, un aumento en el tamaño de la familia, o queda desempleado/a, llene una solicitud en ese momento. Los participantes con miembros de la familia que quedan sin empleo son elegibles para comidas gratis o de precio reducido durante el período de desempleo, si la

## pérdida The Drop-In Learning Center

de ingresos hace que el ingreso de la familia durante el período de desempleo quede dentro de las normas de elegibilidad para dichas comidas.

### Pautas de Ingreso Bruto Para Comidas Con efectividad desde Julio 1, 2024, hasta Junio 30, 2025

| Cantidad de miembros de la familia   | Anual (cada año) | Mensualmente | Dos veces por mes | Cada dos semanas (quincenalmente) | Semanal-mente |
|--------------------------------------|------------------|--------------|-------------------|-----------------------------------|---------------|
| 1                                    | 27,861           | 2,322        | 1,161             | 1,072                             | 536           |
| 2                                    | 37,814           | 3,152        | 1,576             | 1,455                             | 728           |
| 3                                    | 47,767           | 3,981        | 1,991             | 1,838                             | 919           |
| 4                                    | 57,720           | 4,810        | 2,405             | 2,220                             | 1,110         |
| 5                                    | 67,673           | 5,640        | 2,820             | 2,603                             | 1,302         |
| 6                                    | 77,626           | 6,469        | 3,235             | 2,986                             | 1,493         |
| 7                                    | 87,579           | 7,299        | 3,650             | 3,369                             | 1,685         |
| 8                                    | 97,532           | 8,128        | 4,064             | 3,752                             | 1,876         |
| Cada miembro adicional de la familia | 9,953            | 830          | 415               | 383                               | 192           |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

## The Drop-In Learning Center

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



# The Drop-In Learning Center

August 1, 2025 - June 30, 2026

| August 2025  |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|
| M            | T  | W  | TH | F  |
|              |    |    |    | 1  |
| 4            | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 11           | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 18           | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 25           | 26 | 27 | 28 | 29 |
| TOTAL DAYS 5 |    |    |    |    |

25th First Day of School

| September 2025 |    |    |    |    |
|----------------|----|----|----|----|
| M              | T  | W  | TH | F  |
| 1              | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 8              | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 15             | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 22             | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 29             | 30 |    |    |    |
| TOTAL DAYS 21  |    |    |    |    |

Sept. 2 First Day of Program

| October 2025  |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
|               |    | 1  | 2  | 3  |
| 6             | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 13            | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 20            | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 27            | 28 | 29 | 30 | 31 |
| TOTAL DAYS 22 |    |    |    |    |

13th Indigenous People Day

| November 2025 |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
| 3             | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 10            | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 17            | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 24            | 25 | 26 | 27 | 28 |
|               |    |    |    |    |
| TOTAL DAYS 15 |    |    |    |    |

Nov 4- Election Day

Nov. 11 - Veterans Day  
Nov. 26-28- Thanksgiving

| December 2025 |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
| 1             | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 8             | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 15            | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 22            | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 29            | 30 | 31 |    |    |
| TOTAL DAYS 15 |    |    |    |    |

Winter Break  
Dec 22 - Dec. 31  
25th Christmas Day

| January 2026  |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
|               |    |    | 1  | 2  |
| 5             | 6  | 7  | 8  | 9  |
| 12            | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 19            | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 26            | 27 | 28 | 29 | 30 |
| TOTAL DAYS 17 |    |    |    |    |

Jan. 1-5 - New Years Day  
Jan. 19 - M.L.King, Jr. Day

| February 2026 |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
| 2             | 3  | 4  | 5  | 6  |
| 9             | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 16            | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 23            | 24 | 25 | 26 | 27 |
|               |    |    |    |    |
| TOTAL DAYS 18 |    |    |    |    |

Feb. 16-17 President's Day

| March 2026    |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
| 2             | 3  | 4  | 5  | 6  |
| 9             | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 16            | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 23            | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 30            | 31 |    |    |    |
| TOTAL DAYS 21 |    |    |    |    |

6th Staff PD Day  
18th - 20th Half Days

| April 2026    |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
|               |    | 1  | 2  | 3  |
| 6             | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 13            | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 20            | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 27            | 28 | 29 | 30 |    |
| TOTAL DAYS 16 |    |    |    |    |

April 3rd Good Friday  
April 13 - 24 Spring Break

| May 2026      |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
|               |    |    |    | 1  |
| 4             | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 11            | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 18            | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 25            | 26 | 27 | 28 | 29 |
| TOTAL DAYS 20 |    |    |    |    |

May 25- Memorial Day

| June 2026     |    |    |    |    |
|---------------|----|----|----|----|
| M             | T  | W  | TH | F  |
| 1             | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 8             | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 15            | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 22            | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 29            | 30 |    |    |    |
| TOTAL DAYS 10 |    |    |    |    |

June 12- Last day of School

| 2025                              |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| August 25th First Day of Program  |  |  |  |  |
| Sept. 1 - Labor Day               |  |  |  |  |
| Oct. 13th Indigenous People Day   |  |  |  |  |
| Nov 4 - Election Day              |  |  |  |  |
| Nov. 11 - Veterans Day            |  |  |  |  |
| Nov. 26-28 Thanksgiving           |  |  |  |  |
| Dec. 22-31 Winter Break           |  |  |  |  |
| 2026                              |  |  |  |  |
| Jan. 1-5 New Years'               |  |  |  |  |
| Jan. 19 - M.L.King, Jr. Day       |  |  |  |  |
| Feb. 16-17- President's Day Break |  |  |  |  |
| March 6 - No School (Staff PD)    |  |  |  |  |
| April 3- Good Friday              |  |  |  |  |
| April 13 - 24 Spring Break        |  |  |  |  |
| May 25- Memorial Day              |  |  |  |  |
| First/Last Day of Programming     |  |  |  |  |
| Holidays and/or Center Closed     |  |  |  |  |
| Early Release Days                |  |  |  |  |
| Services available - Sign up      |  |  |  |  |
| Half days                         |  |  |  |  |

76 Federal Street  
New London, CT 06320  
Office Number 860-442-4466  
Cellphone number 860-984-8471  
Fax number 860-443-0095  
[www.dropinlearningcenter.org](http://www.dropinlearningcenter.org)  
[admin@dropinlearningcenter.org](mailto:admin@dropinlearningcenter.org)  
[rdyess@dropinlearningcenter.org](mailto:rdyess@dropinlearningcenter.org)