



¡Gracias por elegir el Taller Puertorriqueño para matricular a su hijo! Por favor, tómese un momento para leer acerca de la programación que ofrecemos. Al completar la aplicación, tenga en cuenta que estamos recopilando información para poder servir mejor a usted y su hijo(a).

Resumen de los programas de Taller

Program Conocimiento Cultural (CAP)

El Programa de Enriquecimiento Cultural nutre el desarrollo mental, físico y emocional de los niños con actividades culturales. Aplicando las oportunidades que aprenden los niños jóvenes, este programa después de escuela provee artes visuales y escénicas basadas en la cultura, ayuda con tareas escolares, actividades recreacionales y un campamento de artes multidisciplinario de verano de seis (6) semanas. El Programa de Enriquecimiento Cultural (CAP) apunta a construir una fundación que forma el crecimiento positivo de niños entre los grados de K-5to.

Program Exploración Cultural Avanzado (ACE)

El Programa de Exploración Cultural Avanzado provee a jóvenes una oportunidad de explorar las artes y su patrimonio cultural. Basado en lo que los jóvenes ya valoran, este programa después de escuela de un año (1) de duración incluye actividades de artes visuales y escénicas, club de asignaciones y un campamento de artes multidisciplinario de verano de seis (6) semanas. En el curso de sus estudios, los estudiantes de (ACE) desarrollarán una carpeta que pueden utilizar para aplicar en las escuelas de artes visuales o escénicas de la región. El Programa de Exploración Cultural Avanzada (ACE) sirve a niños jóvenes de escuela intermedia entre las edades de 11 a 15 años de edad.

¿Cómo supo usted acerca de nuestro programa? (Seleccione todos los que apliquen):

TV-Canal Radio-Estación Familiar/Amigo Evento Otro

Igualdad de Oportunidades de Empleo y Regulaciones No-Discriminatorias

El Taller Puertorriqueño está comprometido con los principios de igualdad en el empleo, como tal el Taller es un proveedor de servicios que ofrece empleos y oportunidades iguales. De acuerdo con los estatutos de la Sección 504 de 1973. Acto para los Americanos Incapacitados, y todas las regulaciones propiamente establecidas para proteger los derechos de personal con incapacidades, es la política del Taller que ningún programa o actividad administrada por el Taller excluya de participar, niegue beneficios exponga a discriminación a ningún individuo a razón de su incapacidad. Además afirmamos que proveeremos acomodo razonable para responder a la incapacidad física o limitación mental conocida de un empleado o solicitante cualificado.



SOLICITUD

Registración para: Otoño Primavera Verano Cuidado Extendido

Campamento de verano Las camisetas cuestan \$10 - Talla de la camiseta del estudiante: _____

Programa: CAP ACE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____

Otros nombres que el estudiante prefiere usar: _____

Género: Masculino Femenino No binario Pronombres preferidos: él ella ellos/ellas

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Raza: Latino/a Afro americano Blanco Asiático Multirracial Otro

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Número de estudiante: _____

ELRC HealthPartners Pago Beca Otro

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y REQUERIDA. POR FAVOR LLENAR COMPLETAMENTE.

Información de padre(s)/guardián legal(es)

Nombre del padre o guardián: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico/proveedor médico del estudiante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Seguro médico para niños O Servicios equivalentes: _____

Número de póliza (obligatorio): _____

Responda todas las preguntas

¿Impedimentos/Condiciones especiales?	
¿Alergias? (comida, medicamentos, etc. -incluir la reacción que provoca)	
¿Medicamentos? (Se llamará a un padre o tutor para que recoja a un estudiante que esté enfermo. No se administrarán medicamentos)	
Dieta o otra información necesaria en una situación de emergencia	
Hábitos alimenticios del estudiante	

**SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN EN CADA CASILLA
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/GUARDIÁN**

Obtener Atención médica de emergencia Firma:	Caminatas y Giras Firma:
Administración de Primeros Auxilios Firma:	Transporte por parte del centro Firma:
Natación Firma:	Caminata (a través barro, nieve, agua, etc.) Firma:

CHILD HEALTH REPORT

(55 PA CODE §§3270.131, 3280.131 AND 3290.131)

Parent/Provider fill in this part.

CHILD'S NAME: (LAST)	(FIRST)	PARENT/GUARDIAN:
DATE OF BIRTH:	HOME PHONE:	ADDRESS:
CHILD CARE FACILITY NAME:		
FACILITY PHONE:	COUNTY:	WORK PHONE:
<input type="checkbox"/> I authorize the child care staff and my child's health professional to communicate directly if needed to clarify information on this form about my child.		
PARENT'S SIGNATURE:		

DO NOT OMIT ANY INFORMATION
 This form may be updated by a health professional. Initial and date any new data. The child care facility needs a copy of the form.

HEALTH HISTORY AND MEDICAL INFORMATION PERTINENT TO ROUTINE CHILD CARE AND DIAGNOSIS/TREATMENT IN EMERGENCY (DESCRIBE, IF ANY):
 NONE

DESCRIBE ALL MEDICATION AND ANY SPECIAL DIET THE CHILD RECEIVES AND THE REASON FOR MEDICATION AND SPECIAL DIET. ALL MEDICATIONS A CHILD RECEIVES SHOULD BE DOCUMENTED IN THE EVENT THE CHILD REQUIRES EMERGENCY MEDICAL CARE. ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NECESSARY.
 NONE

CHILD'S ALLERGIES (DESCRIBE, IF ANY):
 NONE

LIST ANY HEALTH PROBLEMS OR SPECIAL NEEDS AND RECOMMENDED TREATMENT/SERVICES. ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NECESSARY TO DESCRIBE THE PLAN FOR CARE THAT SHOULD BE FOLLOWED FOR THE CHILD, INCLUDING INDICATION OF SPECIAL TRAINING REQUIRED FOR STAFF, EQUIPMENT AND PROVISION FOR EMERGENCIES.
 NONE

IN YOUR ASSESSMENT, IS THE CHILD ABLE TO PARTICIPATE IN CHILD CARE AND DOES THE CHILD APPEAR TO BE FREE FROM CONTAGIOUS OR COMMUNICABLE DISEASES?
 YES NO IF NO, PLEASE EXPLAIN YOUR ANSWER:

HAS THE CHILD RECEIVED ALL AGE APPROPRIATE SCREENINGS LISTED IN THE ROUTINE PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES CURRENTLY RECOMMENDED BY THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS? (SEE SCHEDULE AT WWW.AAP.ORG) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NOTE BELOW IF THE RESULTS OF VISION, HEARING OR LEAD SCREENINGS WERE ABNORMAL. IF THE SCREENING WAS ABNORMAL, PROVIDE THE DATE THE SCREENING WAS COMPLETED AND INFORMATION ABOUT REFERRALS, IMPLICATIONS OR ACTIONS RECOMMENDED FOR THE CHILD CARE FACILITY.						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">VISION (subjective until age 3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HEARING (subjective until age 4)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LEAD</td> <td></td> </tr> </table>	VISION (subjective until age 3)		HEARING (subjective until age 4)		LEAD	
VISION (subjective until age 3)							
HEARING (subjective until age 4)							
LEAD							

RECORD DATES OF IMMUNIZATIONS BELOW OR ATTACH A PHOTOCOPY OF THE CHILD'S IMMUNIZATION RECORD

IMMUNIZATIONS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	COMMENTS
HEP-B						
ROTAVIRUS						
DTAP/DTP/TD						
HIB						
PNEUMOCOCCAL						
POLIO						
INFLUENZA						
MMR						
VARICELLA						
HEP-A						
MENINGOCOCCAL						
OTHER						

MEDICAL CARE PROVIDER:	SIGNATURE OF PHYSICIAN, CRNP OR PHYSICIAN'S ASSISTANT
ADDRESS:	TITLE:
PHONE:	LICENSE NUMBER: DATE FORM SIGNED:

Parents may write immunization dates; health professional should verify and complete all data.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR A LOS PADRES EN CASO DE EMERGENCIA

TÍTULO 55 PA CAPÍTULOS 3270.124(a)(b), 3270.181 y 182, 3280.124(a)(b), 3280.181 y 182, 3290.124(a)(b), 3290.181 y 182

NOMBRE DEL/DE LA MENOR		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA MADRE/ENCARGADO LEGAL		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA EMPRESA		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA	
DIRECCIÓN			
NOMBRE DEL PADRE/ENCARGADO LEGAL		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA EMPRESA		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA	
DIRECCIÓN			
PERSONA(S) A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO CUANDO EL/LA MENOR ESTÁ BAJO SU CUIDADO	
PERSONA(S) A LA(S) QUE SE PUEDE ENTREGAR EL/LA MENOR	NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO CUANDO EL/LA MENOR ESTÁ BAJO SU CUIDADO
NOMBRE DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL/DE LA MENOR		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN			
DISCAPACIDADES ESPECIALES (SI CORRESPONDE)		ALERGIAS (INCLUIDAS LAS REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS)	
INFORMACIÓN MÉDICA O DIETÉTICA NECESARIA EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA		MEDICAMENTOS, CONDICIONES ESPECIALES	
INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LAS NECESIDADES ESPECIALES DEL/DE LA MENOR			
COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO O BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DEL/DE LA MENOR		NÚMERO DE PÓLIZA (OBLIGATORIO)	
SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE EN CADA UNO DE LOS PUNTOS SIGUIENTES PARA INDICAR EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES			
OBTENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA		ADMIN. DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS DEL/DE LA MENOR	
PASEOS Y VIAJES		NATACIÓN	
TRANSPORTE POR EL CENTRO		CAMINATA POR EL AGUA	

REVISIÓN PERIÓDICA

Modo de transporte autorizado por el padre/guardián legal
(indique el modo de transporte)

De la escuela o la casa al Taller: Padre o Guardián Transporte público Caminar al Taller

De Taller a la casa: Recoger Permiso para caminar a casa o tomar el transporte público

PERMISO PARA RECOGER

Doy permiso para que las siguientes personas recojan a mi hijo(a) de Taller. Entiendo que a cualquier persona que recoja a mi hijo(a) se le pedirá que muestre una identificación con foto que necesita ser igual a la información que se mantiene en el archivo.

(1) Nombre de la persona: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Celular) _____

(2) Nombre de la persona: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Celular) _____

(3) Nombre de la persona: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Celular) _____

(4) Nombre de la persona: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Celular) _____

Política de Dejar y Recoger:

Quiquiera que recoja a los estudiantes debe estar listo en caso de que se pida que se muestre la identificación. Si no lo enseña, los estudiantes **no** serán liberados.

Ningún menor puede recoger a un niño a menos que se haya proporcionado un permiso escrito de un padre/guardián antes de recogerlo.

Firma del padre o guardián

Fecha

EN EL TALLER PUERTORRIQUEÑO ESTOS VALORES SON IMPORTANTES PARA NOSOTROS:

- **RESPETARNOS** : hablar educadamente, resolver conflictos con palabras y no con nuestras manos, cuidar las cosas (materiales, salones, etc.) aquí en Taller.
- **ESCUCHÁNDONOS** unos a otros y siguiendo las instrucciones para que todos podamos estar seguros, divertirnos y aprender juntos!
- **ESFORZARSE DURO** cuando se enfrenta a un nuevo desafío o oportunidad; y nos ayudaremos unos a otros cuando veamos a alguien luchando.

He leído **los Valores del Taller Puertorriqueño** con mi hijo y ambos los entendemos y estamos de acuerdo en seguirlos.

ADMISIÓN

Reglas de admisión si un padre/guardián no proporciona una solicitud completa, el estudiante no es elegible para el programa a menos que proporcione una excusa razonable.

ASISTENCIA

Si un estudiante no asiste a un programa por más de 2 semanas sin previo aviso, el estudiante potencialmente será dado de baja del programa.

Nombre del estudiante en letra de imprenta

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre/guardián en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha



**Renuncia de Derecho por Daños y Permiso de participación
(Lea atentamente)**

Taller Puertorriqueño, (de aquí en adelante "Taller") ofrece un programa después de la escuela, un campamento de verano y talleres de arte como parte de su programación de educación en las artes.

El estudiante que firma este acuerdo participará en el Programa de Educación en las Artes de Taller, comenzando 9/13/22 y finalizando 6/17/23.

Durante el año escolar, el horario del programa después de la escuela es de 3:00 PM a 5:30 PM de lunes a viernes. Las clases se ofrecen en el Edificio de Educación de Taller localizado en el 2600 Norte de la Calle 5 en Filadelfia. El horario del campamento de verano es de _____ a _____ lunes a viernes. El horario de los talleres de arte varía y los estudiantes serán notificados cuando se matriculen en ellos.

Para participar en el programa, todos los estudiantes y sus padres/guardianes, si el estudiante es menor de edad, deben proporcionar su absoluto consentimiento a que Taller documente su participación a través de fotos, videos y película y a que Taller use, sin condiciones, los trabajos de arte que se produzcan. Este permiso sirve también como una renuncia permanente de derechos por cualquiera y todos los reclamos que los participantes puedan tener a la corporación sin fines de lucro Taller por el uso de la imagen del participante, películas, fotos, videos y por el uso de los trabajos de arte creados en cualquiera de los programas mencionados. Este permiso autoriza el uso del nombre, imagen y voz del participante en cualquier película, fotográfica o video que resulte en cualquiera de los programas antes mencionados.

Cualquier película, fotografía, video, imagen, publicidad escrita, artículos, libros y entrevistas hechas por los estudiantes con materiales provistos por Taller serán propiedad exclusiva, permanente, única y **absoluta de Taller y, por lo tanto, Taller será el dueño de cualquier y todos los derechos de autor.**

Este permiso también autoriza al Taller a conducir excursiones durante las horas en que el estudiante participa en el programa antes mencionado a otras instituciones o programas de arte o educación y a otros programas fuera de Taller. *Al firmar esta autorización se acuerda que este permiso exime a Taller de cualquiera y toda responsabilidad en demandas que puedan surgir por daño de cualquier tipo que sea resultado de la participación en cualquiera de los programas antes mencionados.*

Por este medio garantizo que soy el padre/encargado del estudiante menor de edad que ha firmado esta autorización; autorizo al niño/a a participar; por lo tanto, certifico y estoy de acuerdo que ambos acatamos lo especificada en esta autorización.

Nombre del estudiante en letra de imprenta

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre/guardián en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS DEL PROGRAMA EXTRACURRICULAR

Taller Puertorriqueño

2600 N. 5th St.

Nombre de la agencia

Ubicación del programa

Objetivo:

La Municipalidad de Filadelfia (la Municipalidad) financia programas extracurriculares, también denominados “Tiempo fuera de la escuela” (OST, por sus siglas en inglés) por medio de varias agencias y departamentos de la municipalidad; otros programas OST son financiados y dirigidos por proveedores independientes (comúnmente; los “programas OST”). Cuando inscriba a su hijo en un programa extracurricular, la Municipalidad recopilará su información y la de su hijo, así como de los programas OST y del The School District of Philadelphia, y la almacenará en un sistema centralizado seguro, donde podrá compartirse con otros programas OST para ayudar a gestionar los programas, proporcionar asistencia académica, publicitar los programas, identificar los beneficios públicos sin utilizar de los participantes, así como mejorar la programación, los servicios y la seguridad de los participantes.

Proceso:

- Cuando se inscribe en un programa extracurricular, se le pedirá que proporcione información sobre su hijo, lo que incluye, entre otros, su nombre, edad, dirección y otra información demográfica.
- El personal del programa OST también puede visitar el programa y hablar con su hijo sobre su participación en el mismo, como también pedirle que complete breves encuestas sobre el programa para saber más sobre la experiencia; estas visitas forman parte de los programas extracurriculares para cada niño y cada centro extracurricular.
- Es posible que se agregue información adicional al expediente de su hijo, incluso del Distrito Escolar (si usted acepta) y de otros programas OST a los que haya asistido su hijo, incluyendo la siguiente información: fecha de nacimiento, género, raza, etnia, teléfono, identificación, nombre de la escuela, grado y asistencia.

Confidencialidad y uso compartido de la información:

- La información que se recopile sobre su hijo se compartirá con el personal del programa extracurricular.
- Además, la información sobre su hijo se compartirá con el personal administrativo y del programa OST aprobado por la Municipalidad, incluidos los proveedores o contratistas independientes.
- Si la Municipalidad permite que la información se utilice para fines de investigación o evaluación, no se compartirá información alguna que identifique a su hijo o a su familia.
- Toda la información se almacenará en una base de datos que cumpla con los requisitos para la gestión de los registros educativos de los estudiantes, según se establece en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de las Familias (FERPA, por sus siglas en inglés).
- Además, el sistema está custodiado por protocolos de seguridad en capas que impiden que personas no autorizadas accedan al sistema. Usted también tiene derecho a inspeccionar y revisar los documentos recopilados y conservados en el sistema.

Consentimiento para la recopilación y el uso de la información del niño:

- Autorizo al programa Out of School Time de la Municipalidad para que recopile, almacene y comparta la información que proporciono sobre mi hijo para su uso en el programa OST como se indica anteriormente, y para que mi hijo y/o yo completemos encuestas programáticas que pueden ser compartidas con otros programas OST.

Si usted **no** autoriza que la Municipalidad recopile, almacene y comparta información (incluidas las encuestas), firme aquí ____

- Autorizo que el programa OST proporcione a The School District of Philadelphia información sobre la asistencia de mi hijo al programa OST, para fines de programarlo y evaluar el programa en general.

Si usted **no** autoriza que la Municipalidad comparta la información de asistencia al programa OST con The School District of Philadelphia para fines de programación y evaluación, firme aquí _____

- Autorizo que el programa OST verifique el nombre de mi hijo en cualquier base de datos de beneficios públicos administrada por o para la municipalidad. para fines de ubicar beneficios adicionales a los que mi hijo o mi familia puedan tener derecho.

Si usted **no** autoriza que la Municipalidad verifique el nombre de su hijo en cualquier base de datos de beneficios públicos administrada por o para la Municipalidad para fines de ubicar beneficios adicionales, firme aquí _____

- Autorizo que The School District of Philadelphia divulgue los informes educativos de mi hijo a los programas OST que lo necesiten. La información que se divulgará en virtud de este consentimiento incluye: todos los registros; calificaciones, puntajes de pruebas; puntajes de AIMSweb; asistencia; Programas de Educación Individualizada, si corresponde; y cualquier otra medida de rendimiento académico que haga un seguimiento del progreso programático. La información será divulgada para los siguientes fines: programación para mi hijo y evaluación general del programa.

Si usted **no** autoriza que el Distrito Escolar divulgue los registros educativos de su hijo, firme aquí _____

- Autorizo que el programa OST fotografíe, grabe digitalmente, por video o en audio a mi hijo(a) mientras participa en dicho programa. Además, acepto que cualquier material podría ser utilizado en publicaciones, contenido promocional, o en otras formas similares, y que tal uso será sin pago de honorarios. Entiendo que cualquier fotografía, video o cinta de audio será propiedad de la Municipalidad, y que no tengo derecho a la aprobación previa de su uso. Libero y eximo de responsabilidad a la Municipalidad de Filadelfia, al programa OST de la Municipalidad, a los proveedores de OST y a sus funcionarios, empleados y agentes de todas las reclamaciones y causas de acción que yo o mi hijo podamos interponer como resultado del uso de la fotografía, la cinta de video o de audio de mi hijo en relación con el programa.

Si usted **no** autoriza que el programa OST utilice la imagen de su hijo, firme aquí _____

- Entiendo que puedo revocar este consentimiento al proporcionar una notificación por escrito al programa OST al que asiste mi hijo. Además, entiendo que hasta que se formalice esta revocación, este consentimiento permanecerá en vigor y mis registros educativos seguirán siendo proporcionados al programa OST por las razones descritas anteriormente.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este formulario de consentimiento para compartir datos de OST, y acepto que se comparta la información de mi hijo según lo descrito anteriormente.

Nombre del/de la menor: _____

ID de estudiante del/de la menor: _____

Dirección del/de la menor: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Firma del padre/madre/tutor (o firma del estudiante, si tiene 18 años o es un/una menor emancipado/a): _____

Fecha: _____

Ciudad de Filadelfia
Proyecto de Tiempo Fuera de la Escuela
CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR REGISTROS EDUCATIVOS BAJO FERPA

Estudiante: _____

Número de identificación del estudiante: _____

El Proyecto de Tiempo Fuera de la Escuela ("OST") es un esfuerzo de Filadelfia para mejorar el bienestar de niños y jóvenes a través de actividades eficaces de apoyo académico, enriquecimiento y desarrollo juvenil fuera del horario escolar. La programación OST proporciona actividades seguras y constructivas para los niños cuando no están en la escuela y se ha demostrado que mejora el rendimiento en la escuela.

Para evaluar y mejorar la calidad de los programas OST, el Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de Filadelfia (la "Ciudad") solicita permiso para recopilar información de identificación personal de los registros educativos con respecto al desempeño escolar de los niños. La ciudad recuperará los puntajes de las pruebas estandarizadas, las boletas de calificaciones y la asistencia escolar, los registros disciplinarios y otros registros escolares relevantes ("registros educativos"). La Ciudad utilizará estos registros educativos para medir el impacto de la programación OST en el desempeño escolar de los niños y para mejorar la calidad de esos programas.

Soy el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente ("Estudiante"). Según lo autorice la ley aplicable, incluida, entre otras, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, 20 USC 1232g y 34 CF R. Part 99 ("FERPA"), doy mi consentimiento y autorizo al Distrito Escolar de Filadelfia (el "Distrito Escolar") para divulgar registros educativos relacionados con el Estudiante, incluidos los registros confidenciales del Distrito Escolar, al Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad, la Corporación de Gestión de Salud Pública y el programa OST de mi Estudiante ("Destinatarios").

El Distrito Escolar divulga estos registros educativos en conexión con la participación del Estudiante en un programa OST. El Distrito Escolar puede divulgar estos registros educativos sólo a los Destinatarios, y los Destinatarios pueden compartir esta información sólo con otros Destinatarios designados, y con los funcionarios, personal, administradores y contratistas independientes de los Destinatarios bajo el control de los Destinatarios. Los destinatarios pueden usar estos registros educativos para investigar, estudiar o evaluar programas OST.

Si lo pido, el Distrito Escolar proporcionará una copia de los registros divulgados.

FERA y otras leyes aplicables protegen la confidencialidad y su derecho a la privacidad con respecto a los registros educativos del estudiante. Los Destinatarios mantendrán toda la información relacionada con el Estudiante de forma confidencial y privada en la máxima medida prevista por las leyes aplicables, incluida la FERPA. Ni el Distrito Escolar ni los Beneficiarios me exigen que renuncie a ningún derecho bajo esta ley, y doy mi consentimiento voluntariamente.

Firma del padre/tutor (o la firma del estudiante, si estudiante tiene 18 años o es menor de edad emancipado)

Fecha

Nombre de la escuela en la que el estudiante está inscrito actualmente

Grado del estudiante

Taller Puertorriqueño

Nombre de la agencia proveedora de OST del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

2600 N. 5th St.

Nombre del proveedor de OST del estudiante Ubicación

LM 2.5

Política de cuidado de nuestros niños

El Taller Puertorriqueño hace todo lo posible para satisfacer las necesidades de cada niño y brindarles atención sin importar enfermedades, alergias y padecimientos comunales. Nuestro objetivo es trabajar con las familias y los médicos para garantizar que atendemos a los niños con respecto a las mejores prácticas, que pueden incluir planes de atención médica, notas del médico y registros de medicamentos.

Entendemos que es difícil para un miembro de la familia ausentarse o faltar al trabajo, pero para proteger a otros niños, no puede traer a un niño enfermo al Taller. El Taller tiene derecho a rechazar a un niño que parezca enfermo. Se le llamará y se le pedirá que recupere a su hijo si presenta alguno de los siguientes síntomas. Esta no es una lista exhaustiva. Intentaremos que su hijo(a) se sienta cómodo, pero él/ella/ellos estarán excluidos de todas las actividades hasta que usted llegue.

- Enfermedad que impide que su hijo participe en actividades.
- Enfermedad que resulta en una mayor necesidad de atención de la que podemos proporcionar.
- Fiebre (más de 100°F debajo del brazo, más de 101°F en la boca, más de 102°F en el oído) acompañada de otros síntomas.
- Diarrea - heces con sangre o mucosidad y/o heces no controladas y sin forma que no pueden contenerse en un pañal/ropa interior o inodoro.
- Vómitos - verdes o con sangre, y/o 2 o más veces durante las 24 horas anteriores.
- Llagas en la boca causadas por babeo.
- Erupción con fiebre, a menos que un médico haya determinado que no es una enfermedad transmisible.
- Conjuntiva rosada o roja con secreción ocular blanca o amarilla, hasta con antibióticos por 24 horas.
- Impétigo, hasta 24 horas después del tratamiento.
- Faringitis estreptocócica, hasta 24 horas después del tratamiento.
- Piojos, hasta que se eliminen todas las liendres y el tratamiento.
- Sarna, hasta 24 horas después del tratamiento.
- Varicela, hasta que todas las lesiones se hayan secado y formado costra.
- Pertussis (tos ferina), hasta 5 días de antibiótico.
- Virus de la hepatitis A, hasta una semana después de la administración de la inmunoglobulina.

Los niños que han estado enfermos pueden regresar cuando:

- No tengan fiebre, vómitos ni diarrea durante 24 horas.
- Han sido tratados con un antibiótico durante 24 horas.
- Son capaces de participar cómodamente en todas las actividades habituales.

- Están libres de afecciones cutáneas abiertas, supurantes y babeantes (no relacionadas con la dentición), a menos que:
 - El médico del niño firme una nota que indique que la afección del niño no es contagiosa, y;
 - Las áreas involucradas se pueden cubrir con un vendaje sin filtración o drenaje a través del vendaje.
- Si un niño tenía una enfermedad transmisible notificable, una nota del médico que indique que el niño ya no es contagioso y puede regresar a nuestro cuidado si es necesario.

Prevención de alergias

Se espera que las familias nos notifique acerca de las alergias alimentarias y ambientales de los niños. Las familias de niños con alergias diagnosticadas deben proporcionarnos una carta que detalle los síntomas, reacciones, tratamientos y atención del niño. Se publicará una lista de las alergias de los niños en el área principal y en la cocina. Estamos capacitados para familiarizarnos y consultar la lista para evitar la posibilidad de exponer a los niños a sustancias a las que tienen alergias conocidas.

Política de medicamentos

Para asegurarnos de que estamos cuidando a nuestros niños con las mejores prácticas, los niños que requieren medicamentos para enfermedades a largo plazo necesitan un plan de atención médica y documentación de un médico. El Proveedor no administra ningún medicamento sin receta o de venta libre a menos que sea recetado por un médico y etiquetado como tal.

- (a) Los medicamentos, recetados o sin receta, serán administrados a un niño únicamente por un adulto que lo cuide.
- (b) Los medicamentos, incluidos los medicamentos recetados o los procedimientos médicos especiales individuales, se administrarán o aplicarán solo con el permiso previo por escrito del padre/guardián.
- (c) Los medicamentos recetados deberán tener la etiqueta de la farmacia que indique el nombre del médico, el nombre del niño, las instrucciones y el nombre y la concentración del medicamento, y se administrarán de acuerdo con esas instrucciones. El Proveedor no respetará ninguna instrucción del padre/guardián que contradiga las instrucciones del médico.
- (d) El proveedor/cuidador mantendrá un registro de la hora y la cantidad de cualquier medicamento administrado o aplicado.
- (e) El medicamento deberá estar en el envase original, almacenado de acuerdo con las instrucciones y claramente etiquetado para el niño específico. El proveedor/cuidador mantendrá el medicamento fuera del alcance de los niños y devolverá el medicamento al padre/guardián o lo destruirá cuando ya no se necesite.

(f) Se requiere que los padres/tutores firmen el Formulario de divulgación médica diariamente, para cada medicamento que se tome. El formulario requiere el nombre del medicamento, la dosis que se administra y la hora a la que se debe administrar el medicamento, así como el nombre y el número de teléfono del médico que lo recetó.

(g) No se permite que los niños se auto administren ningún medicamento. Un miembro del personal debe hacerlo y firmar el libro de medicamentos, que se conserva en el centro para referencia de los padres.

(h) Todos los medicamentos deben llevarse a casa cada noche.

Enfermedades transmisibles

Cuando un niño o un empleado del centro tiene una (sospecha) enfermedad que se debe informar, es nuestra responsabilidad legal notificar a la Junta de Salud local o al Departamento de Salud Pública. Nos encargaremos de notificar a las familias sobre la exposición para que los niños puedan recibir tratamientos preventivos.

Entre las enfermedades notificables se incluyen las siguientes:

- Meningitis bacteriana
- Botulismo
- Varicela
- Difteria
- Haemophilus Influenza (invasiva)
- Sarampión (incluida la sospecha)
- Infección meningocócica (invasiva)
- Poliomielitis (incluida la sospecha)
- Rabia (solo en humanos)
- Rubéola congénita y no congénita (incluida la sospecha)
- Tétanos (incluido el sospechoso)
- Virus H1N1
- Cualquier grupo/brote de enfermedad
- COVID-19

Si un niño tenía una enfermedad transmisible notificable, una nota del médico que indique que el niño ya no es contagioso y puede regresar a nuestro cuidado.

Nombre del padre/guardián en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha

Parent/Guardian Agreement

To protect our children and staff, I agree to keep my child at home regardless of vaccination status if he/she has any of the following symptoms:

Watch for ANY of the following symptoms:

- Fever
- Chills
- Muscle or body aches
- Headache
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Fatigue
- Nausea/vomiting
- Diarrhea
- New or persistent cough
- New loss of sense of taste or smell
- Difficulty breathing

If my child has any of these signs of COVID-19, I will not send him/her back to school or camp until:

- My child tested negative for COVID and is otherwise well enough to go back to school or camp **OR**
- A healthcare provider has seen my child and documented a reason for the symptoms other than COVID

OR

- All are true: 1) at least 10 days since the start of symptoms AND 2) fever free off anti-fever medicines for 1 day AND 3) symptoms are getting better.

If my child is diagnosed with COVID-19, I will not send him/her back to school or camp until the following:

- It has been at least 10 days since my child first had symptoms

AND

- My child has had no fever off anti-fever medicines (ex: Tylenol, Ibuprofen) for 1 day

AND

- My child's symptoms are getting better

If someone in my household is diagnosed with COVID-19 or my child is exposed to COVID-19, I will keep him/her home for 10 days.

If someone in my household develops any symptoms from the table above, I will get them tested for COVID-19. I will not send my child to school, even if my child is scheduled to be tested in school on that day. If that person tests positive, I will keep my child home for 10 days. Find your nearest testing site here: <https://www.phila.gov/testing>.

Child's Name: _____

Parent/guardian name: _____

Parent/guardian signature: _____

Date: _____

EC2.4

Taller Puertorriqueño Inc. Centro

Política de inclusión

Taller Puertorriqueño Inc. Centro igualdad de oportunidades educativas están disponibles para todos los niños, sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, género, edad, etnia, religión, discapacidad, creencias políticas de los padres/guardianes, estado civil, orientación sexual o necesidades especiales, o cualquier otra contraprestación ilegal por las leyes federales, estatales o locales. Los programas educativos están diseñados para satisfacer las diversas necesidades de todos los estudiantes. No discriminamos sobre la base de necesidades especiales siempre que se pueda proporcionar un entorno seguro y de apoyo. **El Centro Taller Puertorriqueño Inc.** da la bienvenida a todos los niños y se compromete a brindar experiencias de desarrollo y aprendizaje temprano apropiadas que apoyen el pleno acceso y la participación de cada niño. Creemos que cada niño es único y trabajamos en colaboración con las familias y otros profesionales involucrados con el niño para brindar el apoyo que cada niño necesita para alcanzar su máximo potencial.

Ambiente Inclusivo

Taller Puertorriqueño Inc. hará todo lo posible para hacer las adaptaciones o modificaciones necesarias para satisfacer las necesidades de los niños. Los horarios, las rutinas y las actividades son flexibles y los educadores trabajarán con terapeutas, educadores especiales y otros profesionales para integrar adaptaciones, modificaciones y estrategias individuales en las rutinas y actividades del salón de clases. Cualquier adaptación será revisada con las familias y otros profesionales que apoyan al niño.

EC 2.5

Política de Suspensión y Expulsión

Para fomentar el compromiso con un clima positivo y relaciones sólidas con las familias, **Taller Puertorriqueño Inc. Centro** se asegurará de que cada familia tenga acceso a los siguientes recursos para abordar las necesidades sociales y de comportamiento de los niños y evitar la expulsión y suspensión. En esfuerzos colaborativos para lidiar con comportamientos difíciles y desafiantes, **Taller Puertorriqueño Inc. Centro** junto con el personal del programa y las familias, desarrollarán e implementarán un curso de acción escrito que:

1. Implementó varias estrategias para redirigir el comportamiento (que pueden incluir, Gráficos de modificación de comportamiento, Tablas de Frecuencia, Notación Anecdótica y Modificación de Horarios).
2. Usar herramientas basadas en la observación y actividades de capacitación o apoyos que identifiquen y señalen los desencadenantes de las necesidades actuales del niño.

3. Asegurarse de que todas las familias y el personal del programa estén al tanto de los recursos disponibles, incluyendo/remisión a agencias de comportamiento y salud mental y otros servicios comunitarios, para ayudar a mantener al niño en su inscripción actual **Taller Puertorriqueño Inc. Centro.**

En raras ocasiones, el comportamiento de un niño puede justificar la necesidad de encontrar un entorno más adecuado para su cuidado. Ejemplos de tales instancias incluyen:

- Un niño parece ser un peligro para sí mismo, sus compañeros y el personal.
- La continuación del cuidado podría ser perjudicial para el niño o no beneficiarlo, según lo determine el personal médico, psicológico o de servicios sociales.
- Carga indebida sobre nuestros recursos y finanzas para las adaptaciones del niño para el éxito y la participación.

Nombre del padre/guardián en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha

Taller Puertorriqueño Inc.

Política y Procedimiento Plan - IEP/IFSP Implementation Plan

Política

Para garantizar que se satisfagan las necesidades de los niños con un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), se implementarán los siguientes procedimientos.

Director:

- Pedirá a todas las familias que completen un formulario de solicitud de una copia del IEP/IFSP de un niño. Esta solicitud se colocará en el archivo de cada niño.
- Archive todas las copias de los IP/IFSP en el archivo del niño para que estén fácilmente disponibles para compartir con el equipo docente.
- Proporcione copias de las metas del IEP/IFSP a los maestros del niño y analice las estrategias para alcanzar las metas.
- Asegúrese de que todos los maestros estén capacitados sobre cómo implementar un IEP/IFSP. La capacitación se documentará en el registro de desarrollo profesional (PDR) de cada maestro.
- Comuníquese con el personal/consultores de intervención temprana para programar reuniones periódicas con la familia y los maestros del niño para analizar el progreso del niño y aumentar las estrategias para adaptar las metas de IEP/IFSP en las actividades y rutinas del salón de clases.
- Solicite el permiso de las familias para asistir a cualquier reunión con el equipo de intervención temprana relacionada con los cambios en el IEP/IFSP.
- Supervisar el trabajo de los maestros para apoyar al niño en el cumplimiento de las metas del IEP/IFSP.
- Solicite ayuda adicional del equipo de intervención temprana si es necesario.
- Asegúrese de que los maestros realicen conferencias familiares para informar sobre el progreso.

El equipo de enseñanza

- Observará y documentará el progreso del niño hacia las metas semanalmente y usará sus notas para individualizar los planes de lecciones.
- Complete un registro de comunicación entre el hogar y los maestros diariamente para cada niño con un IEP/IFSP.
- Prepárese y lleve a cabo conferencias familiares al menos 3 veces al año para compartir el progreso de las metas del IEP/IFSP, el desarrollo del niño y la participación en el salón de clases.
- Reúnase con la familia para planificar y analizar la transición a nuevas aulas o programas. Se creará un plan individualizado según sea necesario para garantizar una transición exitosa para el niño.

Nombre del padre/guardián en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha

FC 2.1**Taller Puertorriqueño Inc.****Solicitud de copia del IEP/IFSP**

Estimadas familias,

Ambos compartimos un interés común en el bienestar, el crecimiento y el desarrollo de su niño. Una de las formas en que avanzamos en esto es con planes de desarrollo y evaluaciones. Si su hijo actualmente tiene un IEP/IFSP, sería beneficioso compartir una copia de este plan con nosotros para que podamos trabajar juntos y garantizar que las pautas se pongan en práctica. No tiene que proporcionar esta información si no desea hacerlo. Sería tan amable de completar la parte inferior de este formulario y devolverlo.

Gracias.

Atentamente,
Marilyn Rodriguez-Behrle



Directora de Educación

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Directora de Educación

Al (215) 423-3311- extensión: 2001

o correo electrónico: mrodriguez@tallerpr.org

Por favor marque uno:

- Una copia de el IEP o IFSP de mi hijo.
- No estoy proporcionando una copia del IEP o IFSP de mi hijo o esto no se aplica a mi hijo.
- Mi hijo no tiene un IEP o IFSP.

Nombre del niño (letra de imprenta): _____

Firma del familiar: _____

Fecha: _____