



ULTIMO DIA
Viernes
1 de julio, 2016

Ojai Valley Neighborhood for Learning

Paquete de Formularios Para Solicitar

OTOÑO 2016

DECLARACION DE OBJETIVOS DE OJAI VALLEY NEIGHBORHOOD FOR LEARNING **(CENTRO DE APRENDIZAJE)**

Ojai Valley Neighborhood for Learning (OVNfL) es un grupo formado por empresas de la zona, escuelas e individuos trabajando juntos para ampliar el enriquecimiento y apoyo a los niños de 0 a 5 años de edad y sus familias.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

OVNfL proporciona becas pre-escolares para familias de la zona, guarderías infantiles autorizadas y actividades para niños. OVNfL da fondos que apoyan y enriquecen ideas programáticas para los niños de 0 a 5 años de edad. OVNfL patrocina una variedad de eventos, talleres y clases para niños y sus familias. El OVNfL está trabajando para crear una comunidad rica con el apoyo para prosperar relaciones que ayudan a todos los niños y a nuestra comunidad.

REQUISITOS NECESARIOS

- Los padres de familia deberan ser residentes de Ojai Valley.
- Los niños que reúnen los requisitos necesarios, deben estar entre la edad de 0 a 5 años.
- Copias de sus talones de cheques de los últimos 2 meses
- Una copia de su cuenta de luz, gas, agua ó electricidad
- El acta de nacimiento de su hijo.
- Documentos de mantención del menor/cónyugue

Aviso: Si no llena los documentos por completo, su solicitud se considerará incompleta y no será procesada.

Ojai Valley Neighborhood for Learning
414 E. Ojai Avenue
P.O. Box 878
Ojai, CA 93024

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a la
directora del programa Alisha Hicks del
OVNfL
(805) 640-4300 x1062
ahicks@ojaiusd.org

RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los padres de familia/tutores legales deben participar en foros familiares denominados por el OVNfL (4 veces si participa en otoño/ 2 veces si participa en primavera) y deben inscribirse para **trabajar** en un puesto del festival familiar anual. Si usted no cumple con estos requisitos, **no** tendrá derecho a la siguiente rueda de becas y será susceptible a la anulación de su beca actual.

Debe mantener su saldo al día con su proveedor. Si se atrasa una semana con su matrícula, su beca **será** anulada.

LIMITACIONES

- Los proveedores seleccionados deben tener licencia del estado y su negocio localizado en Ojai Valley y ser registrados con nuestro programa de NfL.
- Los padres de familia serán responsables de pagar parte de los costos de la matrícula.
- Si los fondos del NfL se acaban por cualquier motivo, los padres de familia serán responsables de pagar en pleno los costos de la matrícula.
- El número de subvenciones de beca concedidas es dependiente en la disponibilidad de fondos.
- El criterio puede variar.
- Prioridad será dada a niños con mayor necesidad.
- Las familias que tienen un padre de familia en casa que no trabaja o que trabaja medio tiempo, **solo** recibirá una beca parcial.

TODA SOLICITUD INCOMPLETA NO SERA PROCESADA Y SERA DEVUELTA
Incluyendo la falta de firmas, iniciales y documentación.

INFORMACION FAMILIA

Apellido de la familia		Número telefónico de casa		Número telefónico alternativo	
Domicilio (número y calle)			Número de departamento	Ciudad	
Código postal					
Número de familiares en su casa (incluyendo adultos—marque uno)		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7+		Número de niños en su casa entre las edades de 0 a 5 años de edad (hasta la edad de 6 años).	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su casa?					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Vietnamit <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro Idioma _____					
Ingreso total de la familia los últimos 12 meses					
<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 – menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 – menos de \$30,000		<input type="checkbox"/> \$30,000 – menos de \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 – menos de \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 – menos de \$75,000		<input type="checkbox"/> Más de \$75,000 <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	
¿Actualmente dónde vive su familia? (Únicamente marque una casilla) Esta información será utilizada para determinar si su hijo califica para ayuda adicional bajo la "Ley del 2001 No Child Left Behind (ningún niño debe quedarse atrás)".					
<input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar <input type="checkbox"/> Con una o más familias en casa o apartamento debido a dificultades económicas			<input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda transitoria <input type="checkbox"/> En un motel, carro, lugar para acampar <input type="checkbox"/> Hogares de crianza u hogar de grupo		
¿Cómo se enteró usted de este programa? (Marque los que aplican)					
<input type="checkbox"/> Amigo o miembro de la familia <input type="checkbox"/> Por internet		<input type="checkbox"/> Vecindario para aprendizaje (NfL) Folletos, volantes, etc. <input type="checkbox"/> Escuela o guardería/cuidado de niños		<input type="checkbox"/> TV, periódico o radio <input type="checkbox"/> Doctor o enfermera Otro _____	
¿Le gustaría recibir información tocante de seguro médico para la salud de sus hijos?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le gustaría recibir información tocante a servicios de evaluaciones de desarrollo para sus hijos?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombres y edades de las personas que viven en su hogar: (incluya a los abuelos y padrastros)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 7. _____ |
| 2. _____ | 8. _____ |
| 3. _____ | |
| 4. _____ | |
| 5. _____ | |
| 6. _____ | |

INFORMACION DE LA PERSONA MAYOR

Conteste las siguientes preguntas:

Residencia: Dueño Alquiler Pago mensual: \$ _____

Otros pagos mensuales:

Auto \$ _____ / gastos utilitarios (utilities) \$ _____ / al mes

(Iniciales del padre de familia)

*** Si usted tiene otras alternativas de vivienda por favor explique en la carta a la Comisión de Becas.*

Adulto # 1

Primer nombre del adulto	Apellido del adulto	Inicial del segundo nombre del adulto	Fecha de nacimiento del adulto ____/____/____ Mes / día / año
Fecha de Inscripción	____/____/____ Mes / día / año	Género del Participante Masculino Femenino	
Número del teléfono Celular	Número de teléfono del Trabajo	Correo Electrónico	
¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo estacional <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Padre de familia en casa <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	¿Es padre soltero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	Tipo de familiar: <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Madre embarazada <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo u otro familiar	¿Tiene usted un diploma de preparatoria (high school) o GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder
Origen étnico del adulto: (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> Alaska Nativo o Americano Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial Otro _____			

Adulto # 2

Primer nombre del adulto	Apellido del adulto	Inicial del segundo nombre del adulto	Fecha de nacimiento del adulto ____/____/____ Mes / día / año
Fecha de Inscripción	____/____/____ Mes / día / año	Género del Participante Masculino Femenino	
Número del teléfono Celular	Número de teléfono del Trabajo	Correo Electrónico	
¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo estacional <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Padre de familia en casa <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	¿Es padre soltero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	Tipo de familiar: <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Madre embarazada <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo u otro familiar	¿Tiene usted un diploma de preparatoria (high school) o GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder
Origen étnico del adulto: (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> Alaska Nativo o Americano Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial Otro _____			

INFORMACION DEL NIÑO

Primer nombre del niño	Apellido del niño	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del niño <div style="text-align: center;"> Mes / día / año </div>	Género del niño <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Origen étnico del niño: (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> Alaska Nativo o Americano Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____				
Lugar de Nacimiento:	Ciudad	Condado	Estado	
¿Cuántos padres/tutores viven en casa con este niño?			Uno	Dos
¿Tiene su hijo/a algún tipo de seguro médico en este momento a través de un HMO, una compañía de seguros privada, Medi-Cal, ACE para niños aparte del condado de Ventura o Healthy Families (familias saludables)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder
¿Alguna vez le ha dicho un doctor o algún otro profesional que su hijo está atrasado en su desarrollo? Esto quiere decir que el niño se desarrolla más lento física/mentalmente comparado con otros niños de la misma edad.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder
¿Algún doctor o profesional le ha dicho que su hijo tiene discapacidades o necesidades especiales? (marque los que aplican)				
<input type="checkbox"/> Un trastorno emocional grave <input type="checkbox"/> Una deficiencia específica de aprendizaje <input type="checkbox"/> Autismo o trastorno generalizado de desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla <input type="checkbox"/> Sordera u otras discapacidades auditivas <input type="checkbox"/> Ceguera u otras discapacidades visuales <input type="checkbox"/> Limitaciones ortopédicas	<input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud que dure 6 meses o más <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder		
¿Tiene su niño alguno de lo siguiente? (marque los que aplican) IEP IFSP Diagnóstico de trastornos mental				
¿Tiene su hijo un doctor al cual visita regularmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no	
¿Alguna vez su hijo ha tenido una cita con el doctor llamada: "visita de niño sano"? (es una cita con el doctor sin necesidad de estar enfermo o tener una lesión)	Sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> menos de 3 meses <input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> más de 12 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
¿Tiene su hijo un dentista al cual visita regularmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	
Su hijo, ¿alguna vez ha tenido un exámen dental?	Sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> menos de 3 meses <input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> más de 12 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
¿Alguna vez su hijo ha recibido una evaluación de la forma en que está desarrollando?	Sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> menos de 3 meses <input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> más de 12 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
¿Está su hijo actualmente inscrito o estuvo inscrito previamente en una escuela preescolar? Sí, mi hijo está matriculado en una escuela preescolar Sí, mi hijo asistió a la escuela preescolar en el pasado, pero no está inscrito actualmente. No, mi hijo nunca ha asistido a la escuela preescolar. Si contestó "sí" a la pregunta anterior, significa que su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, por favor conteste las siguientes preguntas: En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del programa que su hijo asiste o asistió en el pasado? _____ Si su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿cuántos meses aproximadamente ha asistido su hijo? Si su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿cuántas veces por semana por lo general ha asistido su hijo? <u>Marque uno</u> Días completos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Media jornada <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

Cuando mi hijo vaya a kindergarten, ¿a qué escuela irá el?

When my child goes to kindergarten, He/She will attend what school? Check One

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Home Schooling or Valley Oak Charter School | <input type="checkbox"/> Oak Grove School Private |
| <input type="checkbox"/> Meiners Oaks Elementary School Ojai Unified School District | <input type="checkbox"/> San Antonio Elementary School Ojai Unified School District |
| <input type="checkbox"/> Mira Monte Elementary School Ojai Unified School District | <input type="checkbox"/> Summit Elementary School Ojai Unified School District |
| <input type="checkbox"/> Monica Ros School Private | <input type="checkbox"/> Sunset Elementary School Ventura Unified School District |
| <input type="checkbox"/> Montessori School of Ojai Private | <input type="checkbox"/> Topa Topa Elementary School Ojai Unified School District |

INFORMACION PRE ESCOLAR

¿Está su hijo inscrito en la lista centralizada de Child Development Resources (CDR)? Sí No

¿Alguna vez ha matriculado a su hijo en algún programa pre escolar? Sí No

Si contestó sí, donde? _____

¿Está recibiendo alguna beca o ayuda subvencionada por servicios de ayuda con sus hijos/servicios pre escolares? Sí No

Me gustaría que mi hijo vaya a la escuela preescolar:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 días completos | <input type="checkbox"/> 5 medios días | |
| <input type="checkbox"/> 4 días completos | <input type="checkbox"/> 4 medios días | |
| <input type="checkbox"/> 3 días completos | <input type="checkbox"/> 3 medios días | Costo aproximado \$_____ / <input type="checkbox"/> mes |

Días por semana.

día

- No hay becas disponibles para menos de tres "medio días"
- Menos de 5 horas se considera medio día.
- La edad de su hijo **SI** afecta la selección de su hijo
- La cantidad de fondos será afectada por el número de días que usted quiera que su hijo vaya a la pre escuela.

Aviso: si su familia tiene por lo menos un padre de familia que no trabaja o que trabaja medio tiempo, solo puede solicitar cuidados por medio tiempo, que es solo hasta 25 horas la semana.

**Estoy solicitando una beca de OVNfL para que mi hijo asista a la escuela pre escolar participante:
(marque uno)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A Place to Grow Preschool | <input type="checkbox"/> Dutter Family Child Care |
| <input type="checkbox"/> Dora's Daycare | <input type="checkbox"/> Hargett Family Day Care |
| <input type="checkbox"/> Holy Cross Preschool | <input type="checkbox"/> Karen' 4' Kidz |
| <input type="checkbox"/> Little Blessings Daycare | <input type="checkbox"/> Monica Ros School |
| <input type="checkbox"/> Montessori School of Ojai | <input type="checkbox"/> Noah's Ark Preschool |
| <input type="checkbox"/> Oak Grove Preschool | <input type="checkbox"/> Ojai Valley Kids Korner |
| <input type="checkbox"/> Ojai Valley Community Nursery School (Co-Op) | |
| <input type="checkbox"/> Rivera Family Child Care | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Wee Sprouts Home Daycare | (Favor de ver al director) |



Contrato De Becas Para Los Padres De Familia/Tutor Legal

Yo, como padre de familia/tutor legal del beneficiado con una beca de Ojai Valley Neighborhood for Learning (OVNfL), con los agentes fiscales/administradores del Ojai Unified School District, estamos de acuerdo con las siguientes pólizas y procedimientos:

1. Acepto que debo participar en foros familiares determinados por el OVNfL (4 veces si participa en otoño/ 2 veces si participa en primavera) y es obligatorio inscribirse para trabajar en un puesto del festival familiar anual. Tengo entendido que las fechas y el horario de los foros familiares serán determinados en un futuro, y mi participación en ellas es obligatoria. El no cumplir con estos requisitos obligatorios resultarán en la anulación de mi participación en el programa de becas.

(Iniciales del padre de familia)

2. Acepto que debo notificar al OVNfL si es que, o cuando, mi familia se mude de la zona de Ojai Valley. Entiendo que ninguna familia que reside fuera de la zona de Ojai Valley puede recibir fondos a través del programa de becas del OVNfL.

(Iniciales del padre de familia)

3. Acepto que debo notificar al OVNfL si es que hay un cambio en nuestros ingresos familiares. Tengo entendido que el cambio de ingresos antes de la primera indemnización pueda causar cambios en el resultado total de las necesidades de mi familia, y puede afectar mi puesto en el programa de OVNfL.

(Iniciales del padre de familia)

4. Acepto visitar un local registrado para cuidado de niños y así determinar si satisface las necesidades de mi hijo como condición previa a aceptar la beca de OVNfL. Entiendo y acepto responsabilidad total que tengo que visitaré un local registrado para cuidado de niños/pre escuela de mi agrado para saber que es un lugar seguro y satisface las necesidades de mi hijo.

(Iniciales del padre de familia)

- A. Un proveedor aprobado certificado por el estado de cuidado para niños es el que le ha dado copias de su certificado estatal al OVNfL, un mínimo de seguro de responsabilidad profesional de \$300,000 y a puesto al OVNfL como un asegurado adicional en su póliza de seguro.
- B. Los padres de familia tienen el derecho legal de acceso a información de reclamos anteriores en contra de un proveedor de cuidados de niños/pre escolar. Para más información, llame a un miembro del personal.
- C. Reconozco que es mi responsabilidad el reportar a las autoridades del caso, si es que hay alguna sospecha de abuso de menores.

5. Estoy de acuerdo en avisar con 2 semanas de anticipación, sin permitir un cambio de local de cuidados de niños, no más de tres veces al año. Sin embargo, tengo entendido que si la seguridad de mi hijo es una preocupación, debo irme inmediatamente.

(Iniciales del padre de familia)

6. Estoy de acuerdo en notificar al OVNfL si es que he sido aprobado para recibir cuidados de niños con ayuda de fondos por otros recursos económicos. Tengo entendido que al recibir esos recursos adicionales mi beca podrá ser rechazada, esto será efectivo inmediatamente.

(Iniciales del padre de familia)

7. Acepto firmar la hoja de asistencia mensual de OVNfL disponible en el programa de cuidado infantil de proveedor.

8. Acepto el criterio de publicidad y autorización de información pública tal como sigue:

(Iniciales del padre de familia)

A. Autorizo al OVNfL para que utilicen mi información en la solicitud de becas para capturar datos de información para conseguir los patrones demográficos de nuestros clientes, y para dar un resultado de base de datos.

B. Autorizo al OVNfL para que utilice nombres y fotografías de los beneficiados por las becas para propaganda del programa y recaudación de fondos.

C. Entiendo que OVNfL entiende que esta información es confidencial y que la información específica (por ejemplo: nombre, dirección, ingresos ni historial) será divulgada a ninguna persona ni agencia sin mi consentimiento. Sé que solo las personas que están en esta solicitud tendrán acceso a esta información.

D. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización al pedirla.

E. Acepto firmar el formulario de consentimiento al final de este paquete de formularios que le permitirá al OVNfL ingresar mi información y la de mi hijo para propósitos de estadísticas.

9. Acepto llenar la "encuesta de participantes en programas de First 5 del OVNfL" llamados Pre 65 y Post 63 en cualquier momento que el OVNfL decida el propósito de permitir el nivel de servicio dado a los clientes. **(Iniciales del padre de familia)**

10. Entiendo que OVNfL pagará su porción de ayuda para los feriados legalmente aprobados tales como: año nuevo, día de los presidentes, día recordatorio (Memorial Day), día de la independencia, día del trabajo, día de acción de gracias y navidad.

(Iniciales del padre de familia)

11. Entiendo que OVNfL pagará su porción de ayuda a los proveedores por SOLAMENTE 10 días de ausencia durante el año (vacaciones del proveedor/días de enfermedad). El OVNfL pagará su porción de la matrícula a los proveedores por SOLAMENTE 15 días de ausencia familiar durante un año (vacaciones del niño/días de enfermedad). Entiendo que cualquiera de las ausencias en exceso, más o del proveedor resultarán en la reducción de mi ayuda mensual (el pago reducido es determinado por el promedio de la cantidad diaria de ayuda multiplicado por el número de ausencias en la factura de un mes). No es la responsabilidad del programa de becas del OVNfL tener que pagar la diferencia de la cantidad reducida.

(Iniciales del padre de familia)

12. Entiendo que el costo de tiempo completo es de 30 horas o más por semana. Si me dan la cantidad de tiempo completo y no cumplo con el mínimo de 30 horas a la semana, me pueden bajar el estatus y beneficios a medio tiempo. (Iniciales del padre de familia)

13. Entiendo que los fondos no pueden ser utilizados para jardines de la infancia privados o cuidados de niños después de la escuela sin importar la edad de mi hijo. (Iniciales del padre de familia)

14. Estoy de acuerdo en dar la documentación necesaria al programa de becas del OVNfL si es que mi hijo tiene necesidades especiales u otra necesidad alterna. (Iniciales del padre de familia)

15. Estoy de acuerdo en ser responsable de mi porción de la matrícula al proveedor. Sé que la beca de OVNfL es una beca parcial SOLAMENTE. (Iniciales del padre de familia)

16. Entiendo que debo mantener mi pago al día con mi proveedor. Si me atraso una semana, la beca de mi hijo será anulada. (Iniciales del padre de familia)

17. Tengo entendido que el OVNfL no es responsable por los pagos de matrícula si un proveedor registrado no cumple con las reglas y reglamentos y los pagos terminan. Entiendo que tales pagos deben ser negociados entre el proveedor y yo. Cuando sea posible, el OVNfL dará aviso suficiente de cualquier cambio del estatus del proveedor con el programa de becas del OVNfL. El OVNfL no es responsable de pagos no recibidos por matrícula. (Iniciales del padre de familia)

18. Entiendo que si acepto todas la pólizas y procedimientos mencionados; mi hijo reúne todos los requisitos para participar en el programa de becas del OVNfL. Acepto que no reuniré los requisitos necesarios para volver a registrarme si es que termino mi participación en el programa de becas, mi hijo llega al límite de la edad requerida (hasta el 6to cumpleaños), o mi beca termina por falta de cumplimiento con todas las pólizas y procedimientos mencionados anteriormente. (Iniciales del padre de familia)

19. Entiendo que tengo un período de 30 días para procesar la beca de mi hijo para matricularlo con un proveedor de becas registrado con el OVNfL. (Iniciales del padre de familia)

20. Entiendo que el OVNfL mantiene el derecho de cambiar las pólizas y procedimientos de este programa como mejor les parezca sin notificación alguna. Cuando sea necesario, el OVNfL dará suficiente aviso de cambios de criterio. Tengo presente que si los fondos del OVNfL terminan por cualquier razón, será la responsabilidad del padre de familia/tutor legal el cubrir el costo total de la matrícula. (Iniciales del padre de familia)

Yo, _____, he leído y estoy de acuerdo que toda la información entregada at Ojai Valley Neighborhood for Learning (centro de aprendizaje) es cierto y preciso a mi leal saber. **Entiendo que el Ojai Valley Neighborhood for Learning tiene derecho de revocar mi beca si es que la información proveída al Ojai Valley Neighborhood for Learning es falsa.** Todo el contenido de este documento me a sido explicado por un empleado del OVNfL a su mejor saber y entender.

Nombre del niño

Fecha

Nombre del padre de familia en letra imprenta

Firma

Consentimiento para participar en la Evaluación de Primeros 5

Autorización para compartir información confidencial

Padre, Madre /Tutor Legal

Como padre, madre / tutor legal de _____ (Niño/a 1)

(Nombre del niño/a como está Primer nombre Segundo nombre Apellido en su acta de nacimiento)

_____ (Niño/a 2)

(Nombre del niño/a como está Primer nombre Segundo nombre Apellido en su acta de nacimiento)

_____ (Niño/a 3)

(Nombre del niño/a como está Primer nombre Segundo nombre Apellido en su acta de nacimiento)

Doy permiso a <Organización> para que comparta información acerca de mí y mis niños/as con Primeros 5 del Condado de Ventura y

con el evaluador de Primeros 5 California. Esta información ayudará a Primeros 5 California a saber cómo los programas pueden ayudar

a los niños para que estén preparados para aprender y tener éxito en la escuela. Entiendo que:

- El personal de este programa me hará algunas preguntas al inicio y final del programa, o cada seis meses. El personal de este programa también anotará las actividades del programa en las que yo participe.
 - El personal de este programa me pedirá la siguiente información acerca de mi niño/a: su nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, dirección actual, grupo étnico (raza / grupo étnico), idioma que habla, y otra información acerca de su salud y experiencias de aprendizaje.
 - No** se me preguntará acerca del uso de drogas o alcohol, o acerca de arrestos criminales o condenas previas que yo pueda haber tenido. A este programa no se le permitirá compartir esta información, a menos que yo firme otra autorización distinta.
 - Solamente cierto personal de este programa y del personal de evaluación de Primeros 5 del Condado de Ventura podrá leer mi información personal o la de mi familia (tal como nombres, dirección, número de teléfono o lugar de nacimiento). La gente que pueda leer mi información personal **no puede** compartirla con nadie más, a menos que el personal del programa crea que yo pueda estar en
- peligro de ser lastimado/a o que pueda ser un peligro para alguien más.
- Los informes **jamás** tendrán información (tal como nombre o dirección) que pudiera identificarme a mí o a mi familia.
 - Es muy importante para <Organización> que mi información privada esté segura. Por esta razón mi información será protegida con los
- métodos más avanzados y seguros.
- Las leyes estatales y federales protegen la información personal y de salud que yo comparta.
 - El tomar parte en esta evaluación involucra muy poco riesgo para mí o mi familia.
 - El personal de este programa usará mi información para darnos mejores servicios para mí y/o mis niños/as. Los evaluadores de Primeros 5 y el personal de la Comisión del Condado usarán mi información **sin** nombres u otra información que pueda identificarme, para saber acerca de qué actividades y programas son más útiles para los niños y familias.
 - Esta autorización es voluntaria; puedo decidir no firmarla y aún así recibiré los servicios por parte de <Organización>.
 - Siempre puedo cambiar de opinión y pedir que mi información ya no sea compartida o que sea borrada. Para hacer esto necesito completar un formulario (que puede obtenerse en esta organización) y enviarlo a: First 5 Ventura County, 2580 East Main Street, Suite

203, Ventura County, CA 93003.

Mi aprobación para usar mi información y la de mi niño/a terminará en diez (10) años, a partir de la fecha en este formulario. Mi niño/a

puede cancelar esta autorización, por escrito, cuando sea legalmente adulto (generalmente a los 18 años de edad).

Si tiene preguntas acerca de este formulario o sus derechos, por favor comuníquese al teléfono (805) 648-9990.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor escriba su nombre claramente: _____ Relación con el niño/a: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor escriba su nombre claramente: _____ Relación con el niño/a: _____

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

INFORMACION PRE ESCOLAR (OJAI)

A Place to Grow

Sherrie Damas
(805) 640-4300 x1091
414 E. Ojai Ave.
Ojai, CA 93023
(on the corner of Montgomery and Aliso)

Dutter Family Child Care

Brittany Dutter
(805) 794-1485
bd_dutter@yahoo.com
Ojai, CA

Hargett Family Day Care

Kelly Hargett
(805) 649-5014
923 Santa Ana Blvd.
Oak View, CA 93022

Holy Cross Preschool

Alilison Sedlak
(805) 646-8121
1212 Maricopa HWY
Ojai, CA 93023

Little Blessings Daycare

Retha Nordyke
(805) 640-1248
208 Olive Mill Ln
Ojai, CA 93023

Monica Ros School

Isabel Coleman
(805) 646-8184
783 McNell Road
Ojai, CA 93023

Wee Sprouts Home Daycare

Maggie Rogers
805-450-6334
Ojai, CA 93023

Montessori School of Ojai

Patrice Magill
(805) 649-2525
806. W Baldwin Rd.
Ojai, CA 93023

Noah's Ark Preschool

Amber Christensen
(805) 646-8745
120 Church Rd.
Ojai, CA 93023

Oak Grove Preschool

Joy Maguire Parsons
(805) 646-8236 X- 109
220 W. Lomita Ave.
Ojai, CA 93023

Ojai Valley Kids Korner

Nikki Crawford
(805) 640-1938
595 N. La Luna
Ojai, CA 93023

Ojai Valley Community Nursery School

(co-op)
Tracy Bissell
(805)646-3801
1290 E. Grand Ave.
Ojai, CA 93023

Rivera Family Child Care

Berenice Rivera
Se Habla Español
Phone: (805) 766-8448
Email: RiveraFamilyChildCare@gmail.com
Meiners Oaks, CA

Ojai Valley Neighborhood for Learning (OVnFL)

Alisha Hicks, Directora del Programa

414 E. Ojai Ave.
PO Box 878
Ojai, CA 93024
ahicks@ojaiusd.org

(805) 640-5569
X1062

