

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.
Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

PAIS/RESPONSÁVEIS:

Por favor, leia os formulários com muito cuidado.

Leia **cada tópico** e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estes **formulários devem ser devolvidos**

ao Centro antes ou no dia do início das aulas do seu filho.

As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais.

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

Nome da criança: _____ Data de nascimento da criança: _____
(Por extenso)

Nome do pai/responsável: _____
(Por extenso)

PLANO DE CHEGADA E SAÍDA: Early Head Start, Head Start e creche

Autorizo que o meu filho seja entregue para a(s) pessoa(s) listada(s) abaixo ao final do dia letivo e da maneira mencionada acima. Caso **somente** o pai/ responsável legal for autorizado a buscar a criança, indique abaixo "NINGUÉM". **Caso uma criança esteja sob ordem de restrição, envie ao centro uma cópia do documento.**

Faça uma **MARCAÇÃO** para identificar se a pessoa é um contato de emergência, se ela for buscar a criança ou se ela se enquadra nos **DOIS** casos.

1. Nome _____ BUSCAR APENAS EMERGÊNCIA AMBOS
Parentesco _____ Telefone durante o dia: _____
Endereço _____ Celular: _____

2. Nome _____ BUSCAR APENAS EMERGÊNCIA AMBOS
Parentesco _____ Telefone durante o dia: _____
Endereço _____ Celular: _____

3. Nome _____ BUSCAR APENAS EMERGÊNCIA AMBOS
Parentesco _____ Telefone durante o dia: _____
Endereço _____ Celular: _____

Como o meu filho irá **CHEGAR** ao Early Head Start, Head Start ou Centro:

- Pai/responsável o leva
- Andando, acompanhado por alguém de ao menos 14 anos de idade (Head Start) ou adulto (Early Head Start)
- De MBTA (trem/ônibus), acompanhado por alguém de ao menos 14 anos de idade (Head Start) ou adulto (Early Head Start)
- Transporte privado, contratado pelo pai
- Transporte privado, contratado pela escola pública local ou pelo DCF
- Outra opção (*especifique*) _____

Como o meu filho irá **SAIR** do Early Head Start, Head Start ou Centro:

- Pai/responsável o leva
- Andando, acompanhado por alguém de ao menos 14 anos de idade (Head Start) ou adulto (Early Head Start)
- De MBTA (trem/ônibus), acompanhado por alguém de ao menos 14 anos de idade (Head Start) ou adulto (Early Head Start)
- Transporte privado, contratado pelo pai
- Transporte privado, contratado pela escola pública local ou pelo DCF
- Outra opção (*especifique*) _____

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

PERMISSÃO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES: Autorizo a equipe do ABCD a realizar os exames abaixo como parte dos serviços prestados pelo Programa Head Start descritos nas páginas 19 e 20 deste guia:

Visão: A equipe de saúde examina a visão do seu filho usando os recursos SPOT Vision Screener e Near Visual Acuity. Isso é feito para verificar se o seu filho tem ou pode ter algum problema de visão. Os padrões de desempenho do Programa Head Start exigem que um exame visual seja realizado dentro de 45 dias após a matrícula.

Audição: A equipe de saúde verifica a audição do seu filho por meio do recurso OAE para detectar se a criança tem algum problema de audição. Os padrões de desempenho do Programa Head Start exigem que um exame auditivo seja realizado dentro de 45 dias após a matrícula.

Peso/Altura: A equipe de saúde pesa e mede o seu filho duas vezes por ano, usando uma balança e um estadiômetro apropriados para a taxa de crescimento da criança. Esses exames são feitos em grupo, e a maioria das crianças adora essa atividade.

O objetivo desses exames é fornecer a você e à equipe informações relacionadas à saúde e ao desenvolvimento da criança. Alguns resultados podem indicar a necessidade de exames adicionais. Caso exista essa necessidade, você será informado e participará da elaboração de um plano de ação que atenda às necessidades do seu filho. Em caso de dúvidas, entre em contato com o Gerente de Serviços de Saúde e Nutrição do programa e converse com ele sobre os exames de visão e audição ou as checagens de peso e altura. **Marque a opção abaixo apenas se você NÃO QUISE que a equipe realize os exames mencionados acima.**

Não autorizo a equipe do ABCD Head Start a realizar exames de visão e audição e checagens de peso e altura.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

AUTORIZAÇÃO DE COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS COM O PROGRAMA WIC DE MASSACHUSETTS:

Nome legal da criança: _____ Data de nascimento da criança: _____
(Por extenso)

Endereço: _____ Telefone: _____

Leia este formulário com cuidado e marque uma das opções abaixo antes de assinar esta autorização. O ABCD Head Start & Children's Services presta serviços de alta qualidade de saúde geral, oral e mental e serviços de nutrição, com o objetivo de preparar todas as crianças matriculadas. O objetivo dessa autorização é permitir que o ABCD compartilhe determinadas informações demográficas e de saúde do seu filho com funcionários autorizados do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, órgão que administra o Programa de Nutrição Suplementar para Mulheres, Crianças e Bebês (WIC). O compartilhamento dessas informações tem como objetivo ampliar a atuação do WIC e do Head Start, além de facilitar a coordenação de serviços de saúde e nutrição para melhorar o bem-estar dos indivíduos que participam do Programa WIC de Massachusetts e dos programas Head Start/Early Head Start do ABCD.

Autorizo o ABCD Head Start & Children's Services a compartilhar informações com funcionários autorizados do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, órgão que administra o Programa WIC de Massachusetts (funcionários do Programa WIC), meu nome, meu endereço e as seguintes informações pessoais do meu filho mencionado acima: (1) nome; (2) data de nascimento; (3) medições de peso e altura; (4) valores de hemoglobina/hematócritos; (5) índices dietéticos; e (6) níveis de chumbo.

OU

Autorizo o ABCD Head Start & Children's Services a compartilhar com funcionários autorizados do Programa WIC as seguintes informações apenas: (1) meu nome; (2) meu endereço; (3) o nome do meu filho; e (4) a data de nascimento do meu filho.

Li e entendi este formulário, e as minhas dúvidas foram respondidas. Entendo que esta autorização é voluntária e deverá durar um ano a partir da data mencionada abaixo, a menos que eu notifique o ABCD Head Start & Children's Services antes, por escrito, informando que eu revogo a minha autorização totalmente ou em parte. Entendo que a revogação dessa autorização não se aplica às informações que já haviam sido compartilhadas anteriormente. Entendo que é meu direito receber uma cópia deste formulário após a minha assinatura.

NOME POR EXTENSO DO PAI/RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

**PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.
CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.**

AUTORIZAÇÃO DE COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE:

Nome da criança: _____ Data de nascimento da criança: _____
(Por extenso)

Nome do pai/responsável: _____
(Por extenso)

Entendemos que as informações de saúde do seu filho são pessoais e, por isso, protegeremos a privacidade delas. Precisamos da sua permissão antes de solicitar as informações de saúde do seu filho para os profissionais de saúde que o atendem. A equipe do ABCD Head Start ajudará você a preencher o formulário e responderá quaisquer dúvidas que você tiver. Antes de assinar este formulário, leia as informações abaixo com cuidado.

	Nome e endereço	Telefone	Fax
Clínico			
Dental			

Autorizo o ABCD Head Start & Children's Services a compartilhar e/ou obter as informações de saúde do meu filho conforme descrito nas páginas 24 e 25 deste guia.

Ao assinar este formulário de permissão, você autoriza o uso ou o compartilhamento de informações pessoais de saúde do seu filho conforme descrito acima. Você tem o direito de ver e acessar as informações de saúde descritas neste formulário de permissão. Você também tem o direito de receber uma cópia deste formulário após a sua assinatura.

Caso assine esta permissão, você pode mudar de ideia a qualquer momento, a menos que as informações de saúde já tenham sido compartilhadas com base na sua autorização. Para cancelar esta permissão, envie uma notificação por escrito ao Diretor do Programa do Head Start Center frequentado pelo seu filho.

Li e entendi este formulário, e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Ao assinar, eu reconheço que entendi e aceitei todas as condições mencionadas acima.

- Não** autorizo o ABCD Head Start & Children's Services a compartilhar ou obter as informações de saúde do meu filho. **Caso você não assine esta permissão, o Head Start & Children's Services não poderá obter as informações de saúde do seu filho diretamente do profissional de saúde que o atende, e você será responsável por obter e enviar essas informações ao Centro. Isso significa também que o ABCD Head Start & Children's Services não irá compartilhar as informações de saúde do seu filho com o profissional de saúde que o atende, e você será responsável por fazer isso diretamente.**

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

PERMISSÃO PARA APLICAÇÃO DE FILTRO SOLAR:

Eu permito que a equipe do ABCD aplique protetor solar no meu filho. Compreendo que o produto será utilizado em atividades externas durante o verão. Marque a opção abaixo somente se você **NÃO** QUISER que a equipe aplique protetor solar no seu filho.

- Não** autorizo a equipe do ABCD a aplicar protetor solar no meu filho.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

PERMISSÃO PARA APLICAÇÃO DE HIGIENIZADOR DE MÃO:

Eu permito que a equipe do ABCD aplique higienizador de mão no meu filho. Entendo que o higienizador de mão não substituirá a lavagem das mãos e só será aplicado sob a supervisão da equipe do programa. Ele só será usado quando não for possível lavar as mãos. Os higienizadores de mão têm ao menos 60% de etanol ou 70% de isopropanol. As crianças com menos de dois anos não receberão higienizadores de mão em nenhuma circunstância. Marque a opção abaixo somente se você **NÃO** QUISER que a equipe aplique higienizador de mão no seu filho.

- Não** autorizo a equipe do ABCD a aplicar higienizador de mão no meu filho.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.
Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO PARA ATENDIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS/EMERGÊNCIA — Ano letivo 2024-2025

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____
(Por extenso)

Nome do pai/responsável: _____ Telefone durante o dia: _____
(Por extenso)

Endereço: _____

Nome de contato para emergências: _____ Telefone de emergência: _____
(Por extenso)

Como pai/responsável legal, eu autorizo a equipe do ABCD Head Start and Children's Services, que tem certificação de **Primeiros Socorros Pediátricos** e RCP, a atender o meu filho caso seja necessário e transportá-lo ao ___ hospital ou centro médico mais próximo para receber atendimento de emergência. Em caso de emergência, entendo que serão feitos todos os esforços para entrar em contato comigo. Caso eu não possa ser contatado, autorizo o contato de emergência listado acima para tomar decisões em meu nome até que eu esteja disponível. Caso ninguém possa ser contatado, eu autorizo e solicito que o médico ou a equipe de emergência certificada do centro de tratamento adotem os procedimentos adequados para o atendimento do meu filho.

Concordo em revisar e atualizar esta informação caso ocorra qualquer mudança.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

As duas cópias devem ter a assinatura original

Arquivo: Kit de primeiros socorros para a sala de aula

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO PARA ATENDIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS/EMERGÊNCIA — Ano letivo 2024-2025

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____
(Por extenso)

Nome do pai/responsável: _____ Telefone durante o dia: _____
(Por extenso)

Endereço: _____

Nome de contato para emergências: _____ Telefone de emergência: _____
(Por extenso)

Como pai/responsável legal, eu autorizo a equipe do ABCD Head Start and Children's Services, que tem certificação de Primeiros Socorros Pediátricos e RCP, a atender o meu filho caso seja necessário e transportá-lo ao ___ hospital ou centro médico mais próximo para receber atendimento de emergência. Em caso de emergência, entendo que serão feitos todos os esforços para entrar em contato comigo. Caso eu não possa ser contatado, autorizo o contato de emergência listado acima para tomar decisões em meu nome até que eu esteja disponível. Caso ninguém possa ser contatado, eu autorizo e solicito que o médico ou a equipe de emergência certificada do centro de tratamento adotem os procedimentos adequados para o atendimento do meu filho.

Concordo em revisar e atualizar esta informação caso ocorra qualquer mudança.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

As duas cópias devem ter a assinatura original

Arquivo: Arquivo da criança

08/2024

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA CRIANÇA

Profissional de saúde que atende a criança: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Plano médico da criança: _____

Condições especiais, deficiências, alergias e informações clínicas gerais da criança para situações de emergência

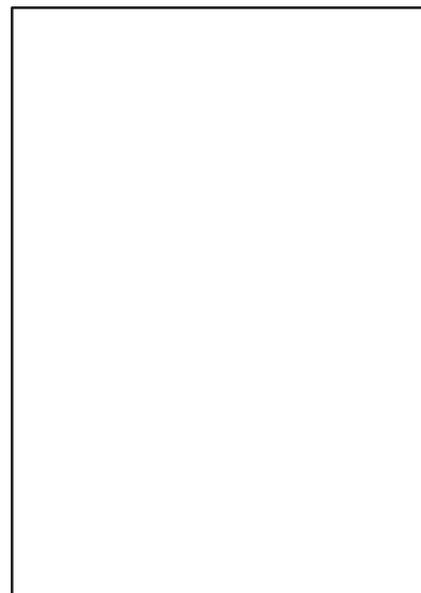


Foto da criança

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA CRIANÇA

Profissional de saúde que atende a criança: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Plano médico da criança: _____

Condições especiais, deficiências, alergias e informações clínicas gerais da criança para situações de emergência

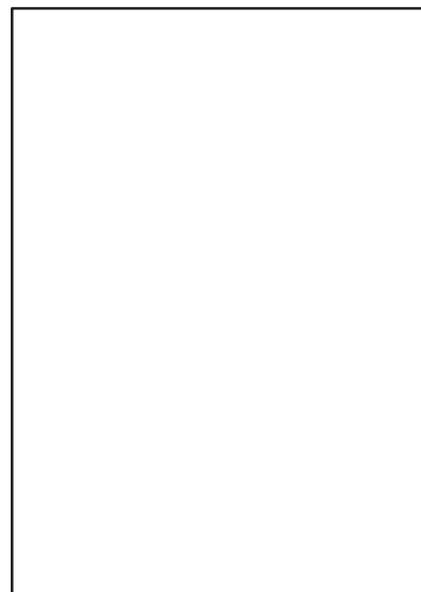


Foto da criança

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION (DESE) SECRETARIA DE PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Documentação necessária para registro da criança Child and Adult Care Food Program – Child Care Centers

Os Child Care Centers que participam do Child and Adult Care Food Program (CACFP) precisam coletar anualmente as informações de registro de pais e responsáveis.

A documentação de registro deve incluir:

- Os dias e horários de cada criança registrada no programa e os serviços de alimentação dos quais ela geralmente participa
- Assinatura do pai ou responsável
- Atualização anual das informações.

7 CFR 226.15(e)(2) e 226.17(b)(7)

Para documentar as informações de registro, os child care centers utilizarão os formulários de registro do CACFP ou adaptarão o seu próprio formulário. O formulário adaptado deve conter as mesmas perguntas e objetivos do formulário de registro de crianças do DESE. Patrocinadores e centros que optarem por revisar o formulário devem enviar uma cópia para revisão e aprovação do DESE antes de qualquer uso ou distribuição.

O pai/responsável deve preencher todos os campos do formulário com as informações atuais, assinar e colocar a data.

Os centros não poderão exigir reembolso em nome de qualquer participante sem o formulário de registro assinado pelo pai/responsável (novo ou renovado) nos arquivos. Cada formulário de registro da criança é válido por, no máximo, um ano.

Para garantir a exatidão dos dados, patrocinadores e centros devem realizar verificações de todas as informações incluídas nos formulários de registro da criança.

Caso você tenha alguma dúvida sobre a solicitação de coleta das informações de registro, entre em contato com o DESE - Serviços especiais de nutrição, pelo telefone 781-338-6480.

De acordo com as leis civis federais e o Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de realizar quaisquer atos de discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, gênero (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade ou retaliação baseados em atuações em leis civis anteriores, em qualquer atividade.

As informações do programa estão disponíveis em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiências e que necessitem de meios alternativos de comunicação para ter acesso a informações do programa (ex.: Braille, letras grandes, áudio gravado, linguagem americana de sinais) devem entrar em contato com a agência responsável estadual ou local que administra o programa, o TARGET Center do USDA no telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou o USDA por meio do Federal Relay Service no telefone (800) 877-8339.

Para protocolar uma queixa de discriminação no programa, preencha o formulário AD-3027 (USDA Program Discrimination Complaint Form) disponível em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou enviando uma carta para o USDA. A carta deve conter o nome do reclamante, endereço, telefone e uma descrição por escrito da discriminação alegada com detalhes suficientes, informando a Secretaria de Direitos Civis sobre a natureza e a data da ocorrência. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados ao USDA da seguinte forma:

1. Correio:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; ou

2. Fax:

(833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

3. E-mail:

program.intake@usda.gov

Esta instituição se compromete com a igualdade de oportunidades.

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

FORMULÁRIO DE REGISTRO DA CRIANÇA — Child & Adult Care Food Program

Prezado pai/responsável:

O seu child care center _____ participa dos programas do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) e do Child and Adult Care Food Program (CACFP), administrados pelo Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education.

As refeições servidas devem atender às exigências nutricionais estabelecidas pelo Child & Adult Care Food Program do USDA. Para participar, o child care center aceitou seguir as diretrizes do USDA. Caso o seu filho não possa comer os alimentos definidos pelo CACFP, é necessária a emissão de um parecer médico.

Para garantir que essas exigências estejam sendo cumpridas, o USDA e o CACFP solicitam que os child care centers colem anualmente as informações de registro listadas abaixo.

Preencha o formulário e envie-o ao seu child care center. As partes 1 e 3 devem ser preenchidas por todas as famílias ou responsáveis. A parte 2 deve ser preenchida APENAS para o registro de um bebê (com menos de 12 meses de idade).

PARTE 1: INFORMAÇÕES DE REGISTRO DA CRIANÇA

Nome da criança: _____ <i>(Por extenso)</i> <i>(Nome, Sobrenome)</i>	Data de nascimento e idade da criança: _____			
Horários em que a criança geralmente frequenta: Das _____ hs às _____ hs <i>(Por exemplo: das 7:30hs às 17hs)</i>	Data de início no Child Care: _____			
Marque os dias em que a criança geralmente frequenta:	<input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Quinta-feira <input type="checkbox"/> Sexta-feira	Marque as refeições que a criança deve receber no local:	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde

Segunda criança (se houver)

Nome da criança: _____ <i>(Por extenso)</i> <i>(Nome, Sobrenome)</i>	Data de nascimento e idade da criança: _____			
Horários em que a criança geralmente frequenta: Das _____ hs às _____ hs <i>(Por exemplo: das 7:30hs às 17hs)</i>				
Marque os dias em que a criança geralmente frequenta:	<input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Quinta-feira <input type="checkbox"/> Sexta-feira	Marque as refeições que a criança deve receber no local:	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde

Terceira criança (se houver)

Nome da criança: _____ <i>(Por extenso)</i> <i>(Nome, Sobrenome)</i>	Data de nascimento e idade da criança: _____			
Horários em que a criança geralmente frequenta: Das _____ hs às _____ hs <i>(Por exemplo: das 7:30hs às 17hs)</i>				
Marque os dias em que a criança geralmente frequenta:	<input type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Terça-feira <input type="checkbox"/> Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Quinta-feira <input type="checkbox"/> Sexta-feira	Marque as refeições que a criança deve receber no local:	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde

Se mais crianças frequentarem o programa, preencha os formulários adicionais.

PARA USO EXCLUSIVO DO PATROCINADOR

Data de validade deste formulário de registro: De agosto de 2024 a agosto de 2025

Ano fiscal: 2024-2025

A data de validade pode ser retroativa ao primeiro dia de participação da criança no CACFP, desde que ela ocorra no mesmo mês em que este formulário seja recebido.

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

PARTE 2: NOTIFICAÇÃO DE REFEIÇÃO DO BEBÊ (do nascimento aos 11 meses)

As refeições atendem às diretrizes do Departamento de Agricultura dos EUA e são servidas a todas as crianças registradas neste programa, incluindo aquelas com menos de 12 meses. O child care center deve atender às exigências nutricionais de componentes baseadas na idade e no nível de desenvolvimento, destacadas no documento "Orientações de refeição infantil". **Para que a refeição seja reembolsável no CACFP, os pais/responsáveis não devem fornecer mais de um componente exigido por refeição, de acordo com as orientações (incluindo leite materno ou fórmulas).**

Compreendo que este child care center disponibiliza a fórmula fortificada com ferro _____
para o meu filho enquanto ele frequenta o programa. *(Nome da fórmula fortificada com ferro)*

Para que possamos fornecer a melhor nutrição para o seu filho, preencha as informações a seguir.

MARQUE UMA OPÇÃO (leite materno / fórmula):

- Eu fornecerei leite materno ao meu filho e/ou o amamentarei no centro.
OU Eu fornecerei fórmula ao meu filho.
 Eu prefiro que o centro forneça a fórmula oferecida.

MARQUE UMA OPÇÃO (alimentos):

- Eu fornecerei todos os alimentos para as refeições do meu filho. Eu não quero os alimentos fornecidos pelo serviço/centro.
 Quero que o serviço/centro forneça a fórmula e quero fornecer um item. Eu irei fornecer o seguinte item autorizado: _____
 Quero que o serviço/centro forneça todos os itens para as refeições do meu filho.

PARTE 3: AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL

Li este formulário de registro da criança e solicito que o meu filho receba os benefícios do Child and Adult Care Food Program mencionados acima. Recebi uma cópia preenchida deste formulário.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

Nome do pai/responsável: _____ Telefone residencial: _____
(Por extenso)

Endereço de correspondência: _____ Telefone comercial: _____

Cidade, estado, zip: _____ Celular: _____

DIREITOS CIVIS: Esta informação é voluntária e não irá afetar a elegibilidade do seu filho. Indique a identidade étnica e racial do seu filho marcando as opções abaixo em cada categoria. Esta informação é coletada para garantir que todos recebam os benefícios do CACFP de modo justo.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispânica ou latina | <input type="checkbox"/> Nativa americana ou do Alasca | <input type="checkbox"/> Asiática |
| <input type="checkbox"/> Não hispânica ou não latina | <input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana | <input type="checkbox"/> Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Branca | |

Em caso de dúvidas, entre em contato:

ABCD Head Start & Children's Services

178 Tremont St. Boston, MA 02111

617.348.6272

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

De acordo com as leis civis federais e o Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários, além das instituições que participam ou administram os programas do USDA, são proibidos de realizar quaisquer atos de discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, gênero, deficiência, idade ou retaliação baseados em atuações em leis civis anteriores, em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiências e que necessitem de meios alternativos de comunicação para ter acesso a informações do programa (ex.: Braille, letras grandes, áudio gravado, linguagem americana de sinais, etc.) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde os benefícios foram solicitados. Indivíduos portadores de surdez ou deficiências de comunicação e de fala devem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa estão disponíveis em outros idiomas além do inglês.

Para fazer uma reclamação de discriminação, preencha on-line o formulário de reclamação do USDA (AD-3027), disponível em http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA fornecendo todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para (866) 632-9992. Envie a carta ou formulário preenchido ao USDA por meio de:

- (1) correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
 - (2) fax: (202) 690-7442; ou
 - (3) e-mail: program.intake@usda.gov
- Esta instituição se compromete com a igualdade de oportunidades.

PROGRAMA DE TESTAGEM EM CASA DA COVID-19

Nome da criança: _____
(Por extenso)

Ao preencher este formulário, confirmo minha participação no programa de testagem em casa da COVID-19, promovido pela ABCD. Entendo que, por meio desse programa, caso meu filho tenha frequentado uma aula em que outro aluno ou funcionário tenha testado positivo para a COVID-19, a ABCD encaminhará meu filho para casa com testes de antígeno da COVID-19. Para que o meu filho continue frequentando as aulas na ABCD nos dias seguintes à exposição à COVID-19, devo realizar nele os testes da COVID-19 em casa e informar os resultados no Formulário de Atestado de Pais/Responsáveis no 6º, 8º e 10º dias após a exposição.

Entendo também que, a qualquer momento, tenho a opção de desistir do programa de testagem em casa da COVID-19. No entanto, se eu desistir, ainda terei que seguir todas as diretrizes de restrições de saúde mencionadas no guia dos pais.

Reconheço que, ao aceitar participar deste programa, só receberei testes da COVID-19 se meu filho tiver sido exposto à COVID-19 em uma sala de aula da ABCD Head Start & Children Services. Se meu filho tiver sido exposto à COVID-19 fora da ABCD Head Start & Children Services, confirmo que seguirei as diretrizes do CDC para impedir que outras pessoas sejam expostas à doença.

Caso o meu filho teste positivo ou exiba sintomas da COVID-19, irei mantê-lo em casa até que os sintomas tenham desaparecido e ele não tenha mais febre sem o uso de medicamentos de redução de febre, por 24 horas, de acordo com as orientações do CDC.

Autorizo a ABCD a compartilhar essas informações com o Massachusetts Department of Public Health, o Massachusetts Executive Office of Health and Human Services, o Massachusetts Department of Early Education and Care e/ou quaisquer outras entidades governamentais de acordo com as leis aplicáveis e as orientações do governo.

Não, eu não quero testar o meu filho em casa. Se meu filho tiver frequentado uma aula onde outro aluno ou funcionário tiver testado positivo para a COVID-19, ele terá que usar uma máscara (caso tenha idade para isso) e não poderá frequentar o programa até que os sintomas da COVID-19 tenham desaparecido.

NOME POR EXTENSO DO PAI/RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

PROGRAMA DE SAÚDE DENTAL DO ABCD HEAD/EARLY HEAD START Coordenadora do Programa: *Kathy Lituri, RDH, MPH, 617.358.6453*

Nome da criança: _____ O local do ABCD: _____
(Por extenso)

Data de nascimento da criança: _____ Sala de aula: _____

Gênero da criança: Masculino Feminino Head Start Early Head Start

SIM, eu permito que o meu filho passe por um exame dental e receba aplicações de flúor e selantes (se necessário). *Preencha e devolva este formulário.*

OU

NÃO, eu NÃO autorizo meu filho a participar do programa.

Caso a sua resposta seja 'não', informe o motivo e devolva este formulário. Meu filho já tem um dentista.

Outro: _____

1. Qual idioma o seu filho fala melhor? _____

Qual idioma os pais/responsáveis falam em casa? _____

2. Qual é a etnia do seu filho? (Marque todas as opções que se aplicam)

Nativo americano ou do Alasca Negro/Afro-americano Asiático    
 Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico Brasileiro Hispânico

3. O seu filho foi ao médico para fazer um check-up no ano passado? SIM NÃO

4. O seu filho foi ao dentista para fazer um check-up no ano passado? SIM NÃO

5. O seu filho está tomando algum medicamento atualmente? SIM NÃO

Se você respondeu 'sim', informe os medicamentos: _____

6. Informe as doenças ou questões de saúde que a criança JÁ TEVE:

TDA/TDAH Diabetes Hepatite Problemas no fígado Anemia
 Convulsões Epilepsia Sopro cardíaco Febre reumática Asma
 Alergias a medicamentos Problemas cardíacos Problemas nos rins Tuberculose HIV/AIDS

7. O seu filho tem alguma outra questão de saúde? SIM NÃO

Se você respondeu 'sim', informe qual: _____

8. O seu filho toma antibióticos antes do tratamento dental? SIM NÃO

9. O seu filho tem alguma alergia? SIM NÃO

Se você respondeu 'sim', marque todas as opções que se aplicam:

Penicilina Antibióticos Colofônio Aspirina Alimentos
 Látex Resinas Metais Outros: _____

10. O seu filho tem alguma questão de desenvolvimento? SIM NÃO

Se você respondeu 'sim', informe qual: _____

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere. *Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.*

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

TRATAMENTO DE FLUORETO DE DIAMINA DE PRATA (SDF) E TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO MODIFICADO POR PRATA (SMART)

O tratamento de Fluoreto de Diamina de Prata (SDF) e o tratamento Restaurador Atraumático Modificado por Prata (SMART) estão disponíveis na escola do seu filho por meio do Programa Dental da Boston University e do ABCD Head Start/Early Head Start. Esses tratamentos podem ser aplicados nas cáries para impedir que elas se desenvolvam, interromper a dor e dar mais tempo a você de levar o seu filho ao dentista. O tratamento é simples e rápido – não requer injeções ou procedimentos invasivos!

O Fluoreto de Diamina de Prata (SDF) é um líquido que os dentistas aplicam nas cáries com um pincel para impedir que elas se desenvolvam. **A cárie ficará preta** (veja a foto) e endurecida – isso significa que o tratamento está funcionando. As partes saudáveis do dente não ficarão pretas e manterão sua cor normal.

O tratamento Restaurador Atraumático Modificado por Prata (SMART) ocorre quando um material de preenchimento de cor branca é aplicado sobre a cárie que foi tratada com SDF. Isso ajuda a reparar o dente e cobre a maior parte ou as partes pretas do tratamento de SDF. Nem todas as cáries tratadas com SDF podem receber o tratamento SMART.

Caso o seu filho seja alérgico à prata, os tratamentos SDF e SMART não podem ser usados em todas as cáries. Se o seu filho não puder receber esses tratamentos, forneceremos a você uma lista de clínicas odontológicas que podem oferecer um tratamento diferente.

Tomamos muito cuidado na aplicação do SDF. Porém, algumas crianças podem se mexer repentinamente durante o tratamento e um pouco do SDF pode cair nas gengivas ou na pele e escurecê-las temporariamente. Isso ocorre raramente. Mas se ocorrer, a mancha desaparece dentre 1 e 3 semanas.

**** Apenas os dentes de trás serão tratados com SDF e SMART ****

SIM, eu autorizo o meu filho a receber os tratamentos SDF e SMART.
O seu filho tem **alergia a prata ou metais?**

SIM NÃO

OU

NÃO, eu não autorizo o meu filho a receber os tratamentos SDF e/ou SMART.

SMALL CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

LARGE CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

(Photos from Elevate Oral Care / Dr. Jeanette MacLean)

Nome da criança: _____
(Por extenso)

Data de nascimento da criança: _____

NOME POR EXTENSO DO PAI/RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

11. O seu filho tem **PLANO ODONTOLÓGICO?**

SIM NÃO

Se **você respondeu 'sim'**, informe qual e preencha abaixo:

Blue Cross/Shield

Delta Dental

Children's Medical (CMSP)

Mass Health/Medicaid

Outro: _____

Se for o **MassHealth**, informe o número: _____

Se for **outro seguro**, informe:

Nome do titular: _____

Grupo/

Número da política: _____

- 1)O GSDM pode usar as informações de saúde do meu filho para fins de tratamento, pagamento, operações e avaliação do programa
- 2)A Política de Privacidade do GSDM está disponível em https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10_2017.pdf
- 3)Caso o meu filho tenha plano de saúde, eu autorizo o GSDM a cobrar o plano pelos serviços fornecidos. Eu não serei cobrado pelos serviços fornecidos.
- 4)Os serviços fornecidos podem impactar a cobertura dental em caso de consultas com outros dentistas.
- 5)Os resultados do exame dental do meu filho serão entregues à equipe da área do Head Start.
- 6)Eu li e compreendi o programa dental, e ao assinar abaixo, autorizo a participação do meu filho.

NOME POR EXTENSO DA CRIANÇA:

DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA:

NOME POR EXTENSO DO PAI/RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

Parentesco com a criança: _____

Telefone durante o dia: _____

E-mail: _____

Celular: _____

PARA A EQUIPE DO PROGRAMA GSDM

Revisado por: _____

Data: _____

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

Deixado em branco propositalmente.

Os formulários azuis devem ser colocados na seção de engajamento familiar do arquivo da criança.

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

EXCURSÕES PELO BAIRRO E PELA COMUNIDADE:

O currículo do Head Start envolve o uso de recursos da comunidade, como lojas, livrarias, delegacias de polícia, quartéis de bombeiros, parques, playgrounds, etc. Quando o clima permite, as turmas saem diariamente para brincar, caminhar ou visitar o bairro. Essas atividades não envolvem nenhum tipo de transporte. Durante essas atividades, as crianças são supervisionadas o tempo todo pela equipe do Head Start. Você irá receber do diretor do programa uma lista de locais da comunidade visitadas pelo centro. Quaisquer excursões, caminhadas ou visitas a playgrounds do bairro ocorrerão de acordo com as normas de segurança e as regulamentações do EEC.

Nessas excursões, avise a equipe do programa sobre quaisquer informações importantes que eles precisem saber sobre o seu filho, como alergias ao ar livre, medo de animais, etc.

Eu autorizo que o meu filho participe de excursões externas pelo bairro, conforme descrito acima.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE MÍDIA DO ABCD:

O ABCD solicita o seu consentimento por escrito para usar sua imagem, aparência e voz (e/ou de seu filho/filhos) em vários meios impressos, eletrônicos e de transmissão. Você não é obrigado a dar o seu consentimento para participar de programas do ABCD ou para receber os serviços ou benefícios do ou por meio do ABCD.

Tenho 18 anos de idade ou mais e estou assinando este formulário em meu próprio nome:

Nome completo: _____ Telefone: _____
(Por extenso)

E-mail: _____

Eu sou o pai ou responsável legal da criança ou crianças indicadas abaixo que têm menos de 18 anos de idade, e estou assinando este formulário em nome deles:

Nome completo da criança: _____
(Por extenso)

EU AUTORIZO: Por meio deste documento, autorizo o Action for Boston Community Development, Inc. (ABCD) a fazer fotografias, vídeos ou gravações minhas (e, se marcado acima, de meu filho/filhos) e a utilizar sem fins lucrativos minha imagem, aparência e voz (e, se marcado acima, de meu filho/filhos) em todos os tipos de mídia, incluindo, entre outros, fotografias, gravações de áudio e vídeo e publicações impressas e on-line em todo o mundo, perpetuamente, sem necessidade de nova autorização ou pagamento a mim. 'Mídia' pode incluir, entre outros: todas as mídias impressas (como matérias e publicações anuais); todos os meios eletrônicos (como o site do ABCD, canal do YouTube do ABCD e mídias sociais do ABCD [Twitter, Instagram e Facebook]), assim como todos os meios de transmissão (tais como televisão e rádio). Eu expressamente libero o ABCD, suas subsidiárias, suas afiliadas e seus agentes, funcionários, diretores, conselheiros, licenciados e parceiros de e contra toda e qualquer reivindicação que eu ou meu filho/filhos possamos fazer agora ou a qualquer momento por invasão de privacidade, difamação ou qualquer outra causa de ação decorrente da produção, distribuição, difusão ou exposição do meu nome, imagem, aparência ou voz (ou de meu filho/filhos).

EU NÃO AUTORIZO: Eu não autorizo o ABCD a fazer fotografias, vídeos ou gravações minhas ou de meu filho/filhos ou a utilizar o nome, imagem, aparência ou voz minha ou de meu filho/filhos em qualquer tipo de mídia.

Li esta autorização antes de assinar abaixo e compreendo inteiramente o seu conteúdo e significado. Compreendo também que tenho a liberdade de tratar de quaisquer questões específicas sobre essa autorização antes de assiná-la ligando para o Conselho Geral do ABCD no telefone 617-348-6587.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

RECEBENDO O GUIA DOS PAIS:

Este Guia dos Pais do ABCD Head Start and Children's Services contém informações sobre todos os aspectos do nosso programa. De acordo com as políticas do Departamento de Educação e Cuidado Infantil de Massachusetts (EEC), antes da matrícula da criança, devem ser fornecidas às famílias informações por escrito. Eu recebi o Guia dos Pais e um membro da equipe do programa revisou as informações comigo.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

PESQUISA SOBRE HÁBITOS E INTERESSES DOS PAIS:

Queremos saber mais sobre os seus hábitos e interesses. Escolha a sua área de interesse e inclua outros interesses que não estejam listados. Usaremos essas informações para desenvolver eventos e atividades familiares, e também para oferecer outros recursos que possam ser importantes e valiosos para a sua família:

Bem-estar da família

Roupas

- Roupas para adultos
- Roupas para crianças

Moradia

- Moradia acessível
- Móveis
- Propriedade de uma casa
- Serviços para famílias que estejam sem moradia
- Direitos do inquilino
- Assistência com serviços públicos

Saúde e segurança

- Prevenção a abuso e negligência infantil
- Saúde dental/oral da família
- Saúde/bem-estar da família
- Recursos de auxílio nutricional
- Plano de saúde e dental
- Alimentação/nutrição saudável
- Bem-estar e saúde mental
- Segurança e prevenção de riscos
- Gerenciamento do estresse
- Tratamento e prevenção de abuso de substâncias

Relacionamentos familiares

- Informações sobre violência doméstica
- Relacionamentos familiares saudáveis

Estabilidade econômica e financeira

- Gerenciamento e construção do patrimônio
- Orçamento
- Informações sobre serviços assistenciais para crianças
- Pagamento de dívidas
- Ajuda financeira para cursos
- Informações sobre temas públicos
- Economia para metas e emergências
- Impostos

Outros

- Assuntos jurídicos: _____

Relacionamento positivo entre pais e filhos

- Oportunidades de engajamento para o pai
- Pai(s) de primeira viagem
- Programa parental (Jornada Parental, Poder Parental, Programa de Relacionamento Familiar ou outros)
- Práticas parentais positivas
- Pai/mãe solteiro(a)
- Padrasto/Madrasta
- Conversando com as crianças sobre emoções e assuntos delicados: _____

As famílias como educadoras para a vida

- Atividades de apoio escolar para fazer em casa
- Promovendo a educação em casa
- Apoio ao desenvolvimento social e emocional
- Orientação positiva e apoio comportamental
- Desenvolvimento infantil

Educação familiar

- Cursos sobre informática e tecnologia
- Assistência empregatícia
- ESL (inglês como segundo idioma)
- Aulas de primeiros socorros/RCP
- Testes GED/HiSet
- Redação de currículos e dicas para entrevistas de emprego
- Programas vocacionais e cursos profissionais

Engajamento familiar em situações de transição

- Informações sobre desenvolvimento infantil
- Informações sobre matrículas no jardim de infância
- Informações sobre opções escolares
- Informações sobre preparação escolar
- Atividades e informações sobre transição

Conexões familiares com os amigos e a comunidade

- Atividades e eventos comunitários
- Atividades, eventos e ideias sobre recreação familiar e prática de esportes

Outros tipos de apoio ou grupo social: _____

- Grupos de apoio a pais e responsáveis
- Meios de se envolver com a sua comunidade

As famílias como líderes e representantes comunitárias

- Atuando em nome do meu filho e da educação dele
- Participação no Conselho de Políticas Municipais
- Vagas de emprego no Head Start
- Vagas no comitê do Head Start (programa local)
- Oportunidades para atuar em nível estadual e local

Outros - Liste os seus interesses ou outros temas sobre os quais você gostaria de saber mais.

- _____

Voluntariado

- Tenho _____ horas por semana para atuar como voluntário no programa Head Start.

Tenho interesse nos seguintes meios de me voluntariar:

- Monitor de excursões
- Ajuda na sala de aula
- Ajuda no programa
- Recrutar pais para o Programa Head Start
- Compartilhamento de receitas culturais com a equipe nutricional do Head Start
- Outro: _____

Quais são os melhores dias para você participar de eventos do programa?

- Seg Ter Qua Qui Sex
- Sáb Dom

Quais são os melhores horários?

- Manhã (quando eu deixo o meu filho na escola)
- Tarde (quando eu busco o meu filho na escola)
- Noite (por volta das 17:30hs, depois do trabalho ou da escola)

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDADE PARA OS PAIS:

Compreendo que:

- Todos os registros, comunicações e conversas relacionados ao Programa ABCD Head Start/Early Head Start que eu recebi ou dos quais participei como pai-voluntário (incluindo como membro do Conselho de Políticas, Comitê de Políticas, Comitê de Pais ou outra atividade voluntária relacionada ao ABCD Head Start & Children's Services) devem sempre ser mantidos confidenciais. As informações confidenciais incluem, entre outras, questões relacionadas às crianças, famílias, funcionários e candidatos às vagas do Programa Head Start/Early Head Start, contendo informações internas ou de funcionários (da equipe do Head Start/Early Head Start). No entanto, essa condição não inclui informações que tenham sido disponibilizadas pelo ABCD Head Start ao público em geral ou às famílias participantes do Head Start/Early Head Start.
- A posse, uso ou cópia indevida destes registros e/ou a divulgação de informações contidas neles ou obtidas através de comunicações ou conversas com pessoas não autorizadas, incluindo funcionários do ABCD que não possuem acesso autorizado ao Programa Head Start/Early Head Start, são estritamente proibidas.
- A mesma proibição se aplica a qualquer informação que eu possa receber ao atuar como membro de quaisquer grupos de políticas, comitês ou como voluntário no local ou no Centro ABCD incluindo, entre outras, informações administrativas, executivas, pessoais, financeiras, de saúde/nutrição, educacionais, de autoavaliações ou de subcomitês.
- Posso conversar sobre estas informações, independentemente da fonte, dentro do ABCD SOMENTE com funcionários designados pelo vice-presidente do Programa ABCD Head Start & Children's Services e com ninguém mais fora da instituição, exceto quando solicitado ou permitido por lei ou regulamentação ou conforme indicado pela seção "O papel dos pais" neste Guia. Compreendo que a violação desta política de confidencialidade resultará em ação disciplinar, incluindo o desligamento de grupos de políticas ou de outras atividades voluntárias.

Concordo em seguir a política de confidencialidade descrita acima.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

POLÍTICA DE CHEGADA E SAÍDA:

Concordo em seguir a política de levar (chegada) e buscar (saída) a criança, listada nas páginas 38 a 39 deste Guia dos Pais.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

FORMULÁRIOS DE MATRÍCULA - ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES: ANO LETIVO 2024-2025

PAIS/RESPONSÁVEIS: Por favor, leia o documento com muito cuidado. As políticas, formulários e autorizações desta página são documentos legais. Leia cada tópico e indique que você entende e concorda com ele e/ou com a política a que ele se refere.

Estas permissões e autorizações expiram ao final do ano letivo.

PREENCHA DIGITALMENTE E DEVOLVA AO PROGRAMA POR E-MAIL.

CASO VOCÊ NÃO POSSA FAZER ISSO, ENTRE EM CONTATO COM O PROGRAMA E SOLICITE CÓPIAS EM PAPEL.

INICIATIVA 'DRIVE' DA UNITED WAY: Data & Resources Invested in Vital Early Education FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS PARA COLETA E USO DE DADOS CLÍNICOS:

O objetivo da iniciativa **DRIVE**, criada pela United Way, é desenvolver um panorama estadual das necessidades das crianças do 0 aos 6 anos. O projeto pretende garantir suporte às famílias, possibilitando que as crianças cresçam saudáveis e prontas para a escola quando puderem se matricular no jardim de infância. Por meio da iniciativa **DRIVE**, a United Way trabalha com organizações que avaliam crianças do 0 aos 6 anos, usando o Questionário etário e comportamental (ASQ) e o Questionário etário e comportamental: Socioemocional (ASQ:SE) para analisar os dados e usá-los para ajudar essas organizações a identificar e suportar as necessidades de desenvolvimento das crianças atendidas.

Com a sua permissão, as informações do seu filho coletadas nas avaliações ASQ e ASQ:SE serão compartilhadas com a United Way e os parceiros da iniciativa DRIVE.

Quaisquer dados sobre o seu filho, compartilhados com a United Way por meio da iniciativa DRIVE, só serão usados para: 1) criar relatórios anônimos sobre o desenvolvimento da criança junto a determinadas organizações e comunidades, e 2) investigar a relação entre a avaliação e outros recursos, o desenvolvimento da criança e o nível de preparação escolar dela.

A United Way não irá compartilhar quaisquer informações pessoais do seu filho com nenhum terceiro, organização ou agência, e o seu filho não será identificado sem a sua autorização expressa por escrito.

EU PERMITO que o ABCD Head Start & Children's Services colete e armazene as informações pessoais do(s) meu(s) filho(s) _____ por um período de até seis (6) anos e compartilhe-as com a United Way e os parceiros da United Way somente para os fins mencionados acima.

Entendo que eu posso entrar em contato com a United Way, por telefone ou por escrito, no endereço 51 Sleeper Street, Boston, MA. 02210, (617) 624-8105, drive@supportunitedway.org, para cancelar esta autorização a qualquer momento, exceto para as informações já compartilhadas, e que este formulário de autorização não será mais usado para nenhum outro propósito.

Não autorizo a equipe do ABCD Head Start & Children's Services a compartilhar dados com a United Way e os parceiros da United Way.

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL:

DATA:

Atualizado em 03/09/2024

OBRIGADO!