

Nos comprometemos a que cada padre y cada niño tengan una experiencia exitosa y satisfactoria en nuestro programa de desarrollo infantil. Al unirnos en esta colaboración con usted, es importante que comprendamos nuestros roles y responsabilidades tanto como padres/tutores como los del personal del programa. Bienvenidos y esperamos conocerle a usted y a su familia.

(C: 08/10; R: 06/26)

Confidencialidad

- Que mantenga confidencial toda la información que se comparta (verbal y escrita), a menos que haya dado consentimiento por escrito para compartir información con otras agencias, conforme a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA).
- Mantenga la confidencialidad en las conversaciones para crear un ambiente de seguridad, confianza y apertura, incluyendo las socializaciones.
- Me abstenga de publicar en redes sociales fotos de niños de Head Start/Early Head Start/ECEAP que no sean los míos.

Cultura de seguridad

- Contactaré a mi maestro o trabajador social para agregar o eliminar personas de mi lista de contactos autorizados y de emergencia.
- Aseguraré que durante las socializaciones (reuniones de padres/noches familiares/PAL/PACT) supervisaré activamente a mis hijos.
- El personal está obligado a reportar casos de abuso y negligencia infantil y reportará cualquier sospecha de abuso o negligencia según lo exige la ley del Estado de Washington.
- Respetaré las zonas libres de armas, drogas (incluido el cannabis), alcohol, humo y vapeo en todas las propiedades de LCC Head Start/EHS/ECEAP, durante las visitas al hogar, conferencias de padres y maestros, y todas las actividades del programa, incluidas las reuniones de padres

Participación

- Establezca un horario regular de visitas al hogar con mi visitante del hogar y asista al número requerido de visitas al año para permanecer en el programa.
- Contacte a mi visitante del hogar para cancelar y reprogramar una visita si yo o mis hijos estamos enfermos o hay una emergencia.
- Haga todo lo posible por asistir a las socializaciones, a menos que yo o mis hijos estemos enfermos.
- Comparta mis observaciones sobre mis hijos e ideas para actividades durante las visitas al hogar y socializaciones.
- Trabaje con el personal para crear metas para mi hijo y mi familia.
- Entienda la importancia de contribuir con mi tiempo como voluntario, por ejemplo en el aula, proyectos especiales, actividades en el hogar (aprendizaje en casa/in-kind), etc., ya que este programa es gratuito.
 - Documente tres (3) horas por semana del tiempo que paso con mi hijo para ayudar a cumplir la meta de contribuciones en especie del programa.

Salud del Niño

- Mantenga las inmunizaciones de mi hijo al corriente según lo exigen los requisitos del Estado de Washington.
- Mantenga el calendario de exámenes médicos (WCE) según lo recomendado por el Estado de Washington y complete cualquier seguimiento médico necesario.
- Haga que mi hijo, si es mayor de un año, tenga un examen dental dentro de los 90 días posteriores a su ingreso al programa y complete cualquier seguimiento dental necesario.

He sido informado y doy mi permiso para lo siguiente:	Iniciales Si	Iniciales No
1. Que Head Start/EHS/ECEAP realice las siguientes evaluaciones: audición, agudeza visual, estatura/peso, desarrollo y social/emocional.		
2. Mi hijo se cepille los dientes con pasta dental con fluoruro. <i>(Si no, el niño usará agua).</i>		
3. Se tomen fotografías o videos de mi hijo en el aula para ser utilizados en actividades de la clase. Autorizo el uso de fotografías de mi hijo en el aula y/o en las áreas comunes del centro de mi hijo y para actividades del salón de clases <i>(por ejemplo, impresos con el nombre del niño para su casillero).</i>		
4. Se tomen fotografías o videos de mi hijo para ser utilizados en redes sociales, periódicos, televisión, tableros de anuncios comunitarios, pasillos, publicaciones educativas o exhibiciones <i>(se intentará dar notificación previa)</i>		
5. Mi hijo puede participar en excursiones del programa, siempre que haya recibido notificación previa que incluya: destino, fecha, hora, método de transporte y objetivos educativos.		
6. Mi nombre, dirección y número de teléfono pueden aparecer en la lista de padres para uso de los funcionarios del comité de padres, miembros de la Mesa Directiva o personal del programa, para mantenerme informado sobre próximos eventos <i>(no se compartirá fuera del programa sin mi permiso escrito).</i>		
7. Si mi hijo o un miembro de la familia presente se lesiona o se enferma durante una visita al hogar del programa o una actividad, entiendo que el personal de LCC utilizará su mejor criterio para administrar RCP/primeros auxilios y/o buscar atención médica de emergencia.		
8. Para recibir correspondencia del programa relacionada con mi hijo por mensaje de texto y/o correo electrónico. <i>(Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos).</i>		

Firma del padre/tutor fecha

Firma del personal fecha

Firma del padre/tutor fecha

Firma del Intérprete fecha