

**FORMULARIO PARA REPORTAR
QUEJA/INCIDENTE**

Nombre de Persona que Reporta el Incidente/Queja: _____

Título (Padre; Voluntario, Personal) _____

Número de teléfono de contacto para información adicional: _____

Nombre de niño/niños (si aplica para el incidente): _____

Fecha del incidente que está siendo reportado: _____

(Debe ser dentro de tres (3) días laborables del incidente.)

Locación del Incidente (Patio; pasillo; aula): _____

Sitio: _____

Explique brevemente lo que pasó: _____

Nombre(s) del personal presente que atestiguó el incidente: _____

Nombre(s) y número(s) de contacto de cualquier otro individuo(s) (además del personal) presente que atestiguó el incidente: _____

Describa cualquier herida: _____

Describa cualquier tratamiento administrado: _____

Cuando presente una queja, este formulario debe ser completado y entregado al Coordinador del Centro/Profesor de Cabecera o Asistente del Programa Head Start después de haber presenciado el incidente.

El Coordinador del Centro/Profesor de Cabecera o Asistente del Programa Head Start firmarán el recibo y devolverán una copia a la persona que reporta el incidente.

Sobre el recibo de su queja, la Asistente del Programa Head Start le responderá dentro de 5 días laborables por escrito o por teléfono que él/ella ha recibido la información. La Asistente del Programa Head Start debe recibir su queja del Coordinador del Centro/Maestro de Cabecera dentro de dos días laborables. Si usted no recibe una respuesta escrita o una llamada telefónica que la Asistente del Programa Head Start ha recibido su queja, por favor contáctelo al 285-6291.

Firma de la persona que Hace la Queja

Fecha

Firma del Coordinador del Centro/Maestro de Cabecera
o Asistente del Programa Head Star

Fecha

**(Ejemplo de una respuesta devuelta al Padre
por sumisión del Formulario Queja/Incidente)**

INFORME DE QUEJA

Esto es para confirmar que recibí su queja completada en: _____
Fecha

Concerniente al incidente que ocurrió en _____
Nombre de centro

Llevaremos a cabo una investigación exhaustiva sobre este incidente. Gracias por tomarse el tiempo para completar el formulario e informarnos de esta situación. Sea fuera necesario obtener más información, le estaremos contactando en un futuro cercano. Una vez más, gracias por su cooperación en esta asunto.

Firma de la Asistente del Programa Head Start

Fecha

(EJEMPLO SOLAMENTE)

**FORMULARIO DE VOLUNTARIO DEL PROGRAMA HEAD START
CONCERTED SERVICES, INC.**

Nombre: _____ Teléfono: (C) _____ (O) _____
Dirección: _____
Contacto de Emergencia: _____
De Seguro Social: _____ #de Licencia de Conducir: _____

ANTES DE ENTRAR EN UN AULA TODOS LOS VOLUNTARIOS/PROVEEDORS DEBEN COMPLETAR EL PROCESO DE SOLICITUD DE VOLUNTARIO Y FORMULARIO DE TUBERCULOSIS. TODOS LOS VOLUNTARIOS/PROVEEDORS NO-PADRES DEBEN TENER TAMBIÉN UNA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y TOMAR LAS IMPRESIONES DIGITALES, Y EVALUACION DE DROGA. TODA LA DOCUMENTACIÓN DE LO ANTES MENCIONADO DEBE SER ARCHIVADA EN LA OFICINA CENTRAL DE CONCERTED SERVICES, INC.

RENUNCIA VOLUNTARIA DE RESPONSABILIDAD

Acepto plena y completa responsabilidad por mis acciones mientras trabaje como voluntaria para Concerted Services, Inc. Yo absuelvo a Concerted Services, Inc. A todos los miembros del consejo y todo el personal de la Agencia de cualquier responsabilidad incurrida por el cliente o yo mismo debido a mis acciones.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Como voluntario del programa de Head Start Concerted Services, Inc., usted puede estar expuesto a o tener acceso a información confidencial sobre los afiliados y empleados de la agencia. Es de vital importancia que la información sobre el programa de Head Start de CSI, afiliados y empleados no sea liberada a personas o agencias fuera Concerted Services, Inc. sin consentimiento por escrito; excepto por orden judicial o un decreto legal, si usted indebidamente o inapropiadamente revela información confidencial, usted puede ser sujeto a acción disciplinaria y/o acción legal.

CASTIGO CORPORAL

ACYF/ I-IS 4.02 Como medidas disciplinarias está ESTRICTAMENTE PROHIBIDO el uso de castigo Corporal y el aislamiento.

HE LEÍDO TODOS LOS ACUERDOS ANTERIORES Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD SOBRE MÍ POR EL PROGRAMA HEAD START CONCERTED SERVICES, INC.

Escriba su Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Números de Servicios Comunitario

Concerted Services, Inc.

Oficina de Waycross: (912) 285-6083 Oficina de Reidsville: (912) 557-6687

Servicios de Abuso/Asalto

Línea directa de Violencia Doméstica de Georgia.....1-800-334-2836

Línea directa de Violencia Doméstica Nacional.....1-800-799-7233

Red Nacional de violación abuso incesto (RAINN)1-800-656-4673

Servicios de AIDS

Línea Nacional directa de AIDS1-800-342-2437

Información de Prevención Nacional1-800-458-5231

SIDA (Español)1-800-344-7432

Alcohol/Consumo de drogas

Línea directa de Alcoholismo1-800-252-6465

Línea de Ayuda para el Consumo de Drogas de Georgia1-800-338-6745

Niños

Línea directa de Fugitivo1-800-621-4000

Línea directa de Crisis

Satilla (Único punto de Entrada).....1-800-342-8168

Línea de Acceso y Crisis de GA.....1-800-715-4225

Línea ayuda en GA1-800-338-6745

Juego de azar

Línea de ayuda con Problema Juego de azar en Georgia1-800-699-7117

Línea directa del Centro de Control de Envenenamiento1-800-222-1222

Línea directa de Violación

Red Nacional de violación abuso incesto (RAINN)1-800-656-4673

Prevención de Suicidio

Satilla..... 1-800-342-8168

Víctimas

Línea Nacional de Ayuda a Víctimas de Crimen de Georgia.1-800-338-6745

Información de Víctima y Notificación Diaria1-800-721-8057



(Ejemplo)



**PROGRAMA DE HEAD START
CONCERTED SERVICES, INC.
ACUSE DE RECIBO DE MATERIALES
PARENT/TUTOR**

He recibido instrucciones de como tener acceso a una copia del Manual de Padres de Concerted Services, Inc. de Head Start, Manual del Entrenamiento del Padre, y el Calendario de Actividades para el Padre ingresando al sitio Web de la agencia en www.concertedservices.org. También entiendo que una copia impresa Manual de Padres y Manual de Entrenamiento de Padres está disponible en el centro para mi revisión o que puedo solicitar una versión de disco.

También he recibido una copia impresa de la Carta #3 del Padre sobre Información de Educación de Seguridad de Transportación.

Entiendo que soy responsable de revisar la información establecida por el programa de Head Start Concerted Services, Inc. Me han informado y soy consciente de la información contenida en estos libros/folletos y cualquier información adicional sobre cualquier tema que a solicitud me pueden ser proporcionados por el programa de Head Start de CSI.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño _____

Centro: _____ Número de Aula: _____

Animamos a cada uno de ustedes a tomar el tiempo para revisar esta información. Si usted tuviera preguntas o preocupaciones en esta materia, no dude en contactar con el personal en su sitio local.

Prácticas de Sueño Seguro

A. Equipo para Dormir y Descansar:

1. Cunas – Todas las cunas usadas por el programa deben ser de seguridad aprobado y en cumplimiento de la Comisión de seguridad de productos de consumo (CPSC) y la Sociedad Americana de Pruebas y Materiales Internacionales (ASTM) estándares de seguridad. Cada niño (cualquier niño menor de 12 meses o menos de 18 meses que no caminan) se les debe proporcionar una cuna.
2. Cunas y colchonetas – cada niño de 2 años o más, o un niño menor de dos que puede salir de una cuna, dispondrá de una cuna o una estera.
3. Almohadas – las Almohadas no serán usadas por niños menores de 2 años de edad.
4. La ropa de cama cuna individual se cambiará diariamente o más a menudo como sea necesario. Ropa de cama cuna/estera será marcado para uso individual y lavado diariamente. Si están marcados para uso individual, se enviarán las sábanas/cobijas a casa semanalmente o más frecuentemente si es necesario para el lavado.
5. Arreglo de equipos para dormir y descansar– El acceso a las puertas de salida no deberá estar obstruida por equipos para dormir y descansar. Los niños no deben colocarse en una zona donde tienen acceso a cuerdas colgantes, tratamientos de ventanas u otros objetos peligrosos. Los cuidadores deben tener acceso a todos los niños. El equipo de descanso se colocará a requeridas distancias unos a otros para ayudar a prevenir a la transferencia de enfermedades aerotransportadas.

B. Entorno Para Dormir y Descansar.

1. Los centros proporcionarán un ambiente seguro para dormir según lo especificado por la Academia Americana de Pediatría (AAP), Comisión de seguridad de productos de consumo (CPSC) y la Sociedad Americana para pruebas y materiales (ASTM) para los bebés.
2. Los bebés se colocarán en su espalda en una cuna para dormir a menos que la declaración escrita de un médico autorizando otra posición de para dormir para ese niño sea proporcionada. La declaración escrita debe incluir cómo se colocará el bebé para dormir y un marco de instrucciones que deben seguirse.
3. Ningún objeto se unirá en o a la cuna con un bebé. Esto incluye pero no se limita a juguetes, almohadas, colchas, edredones, cojines, juguetes de peluche, pieles u otros artículos suaves.
4. Ningún objeto será atado a una cuna con un bebé dormido, tales como, pero no limitado a, gimnasios de cuna, juguetes, espejos y móviles.
5. Sólo equipo de dormir, sacos de dormir, y frazadas usables proporcionadas por el padre/tutor y que se ajusten según las directrices de las fabricaciones comerciales y no deslizables alrededor de la cara del bebé pueden ser utilizados para la comodidad del bebé dormido.
6. No se utilizará el envolvimiento a menos que esté autorizado por una declaración escrita de un médico para un niño particular que incluye instrucciones y un marco de tiempo para envolver al bebé.
7. El área durmiente del niño será mantenida en una variedad de temperaturas cómoda (65 a 85 grados según la temporada) y tienen la iluminación adecuada de modo que el personal pueda ver la cara de cada niño durmiente a vea el color de su piel y comprobar en la respiración del niño.
8. No se utilizará las cuñas, otros dispositivos de posicionamiento infantiles y monitores a menos que los padres/tutores proporcionen una declaración escrita de un médico donde se autoriza su uso que incluye cómo utilizar el dispositivo y un marco de tiempo para usar el dispositivo para un infante en particular
9. Los bebés que llegan al centro dormidos o se durmieron en otros equipos, en el suelo o en otros lugares, se trasladará a una cuna de seguridad aprobada para dormir.

