STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
Division of Workforce Solutions

Прием ребенка в Центр по Дневному Уходу (за ребенком) и его медицинская история

(Day Care Child Enrollment and Health History)

Использование формы: Родитель/опекун должен заполнить эту форму. Она должна быть помещена в папку с данными о ребенке. Согласно положениям 55.08(9)(d) и (12)(f) DWD, эта форма должна быть заполнена и должна храниться в папке с данными о ребенке в центре по уходу. Несоблюдение этих положений может повлечь за собой заключение о несоответствии. Персональные данные из этой формы собираются для идентификационных целей и для обеспечения соответсвия сертификационным требованиям. Скорее всего, они не будут использоваться для иных целей, кроме тех, для которых они изначально собирались. При приеме в центр детей в возрасте до 2 лет, приложите заполненную форму DWSW-13133 «Дневной Уход за детьми в возрасте до 2 лет».

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

Имя ребенка (Имя, Фамилия, Отчество)	Домашний Адрес (Улица/Город/Штат/Индекс)	Домашний телефон ( )	Дата рождения (месяц/ день/ год)	Первый день посещения

РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН – Всем родителям/опекунам разрешается посещать центр в рабочие часы, если только доступ не запрещен или не ограничен судебным постановлением. Если имеется судебное постановление, приложите его.

Родственная связь с ребенком	Имя	Домашний Адрес (Улица/Город/Штат/Индекс)	Номер телефона	Рабочий адрес или адрес, по которому можно найти родителя/опекуна во время нахождения ребенка в центре (по уходу)	Номер телефона
Мать			( )		( )
Отец			( )		( )
Опекун			( )		( )
Опекун			( )		( )

ДРУГИЕ ЛИЦА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РЕБЕНКА – Предоставьте требуемую информацию по каждому человеку.

Родственная связь с ребенком	Имя	Домашний Адрес (Улица/Город/Штат/Индекс)	Номер телефона	Рабочий адрес или адрес, по которому можно найти человека во время нахождения ребенка в центре (по уходу)	Номер телефона

ЭКСТРЕННАЯ СВЯЗЬ – Предоставьте информацию о человеке, с которым можно связаться, когда мать, отец или опекун недоступны.

Родственная связь с ребенком	Имя	Домашний Адрес (Улица/Город/Штат/Индекс)	Номер телефона	Рабочий адрес или адрес, по которому можно найти человека во время нахождения ребенка в центре (по уходу)	Номер телефона

ТЕРАПЕВТ ИЛИ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Имя	Адрес	Номер телефона

РАЗРЕШЕНИЕ

☐ Да ☐ Нет Настоящим я даю свое разрешение на оказание экстренной медицинской помощи или обработки, но только в том случае, когда со мной не могут немедленно связаться.

☐ Да ☐ Нет У меня была возможность ознакомиться с кратким изложением Правил по Сертификации Центров Дневного Ухода (за детьми) штата Висконсин.

☐ Да ☐ Нет Я даю разрешение на участие моего ребенка в прогулках и других мероприятиях центра по уходу (за детьми) во время нахождения ребенка в этом центре.

☐ Разрешение на транспортировку ☐ Разрешение на участие в прогулках

Подпись – Родитель или Опекун	Дата Подписи

STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
Division of Workforce Solutions

Медицинская История и План Экстренной Медицинской Помощи

(Health History and Emergency Care Plan)

Использование формы: Эта форма должна оставаться с ребенком во время его нахождения в центре ухода.

1. Отметьте медицинские особенности, если они есть у ребенка.
   - ☐ Пищевая аллергия – Уточните пищу:
   - ☐ Непищевая аллергия – Уточните:
   - ☐ Астма ☐ Диабет ☐ Эпилепсия/припадки ☐ Желудочнокишечные или пищевые проблемы, включая наличие специальной диеты и диеты и дополнительного питания Церебральный паралич/нарушение двигательных функций
   - ☐ Эмоциональные/поведенческие отклонения, включая ADD и ADHD
   - ☐ Другие условия, требующие специального внимания – Уточните:

2. Условия, которые могут повлечь за собой нежелательные последствия – Уточните.

3. Признаки или симптомы, за которыми необходимо наблюдать – Уточните.

4. Какой последовательности действий должен придерживаться провайдер услуг по уоду (за детьми).
   Если необходим прием лекарств, то к этой форме должна быть приложена копия формы DWSW-13132 «Разрешение на Прием Лекарств». Укажите, есть ли среди сотрудников центра те, кто прошел специальное обучение/курс и кто мог бы помочь детям при проявлении симптомов.
   a.
   b.
   c.

5. Когда звонить родителям по-поводу симптомов или неудачи в устранении симптомов.

6. Когда считать, что ребенку требуется экстренная медицинская помощь или пересмотр курса лечения.

7. Дополнительная информация, которая могла бы оказаться полезной для провайдера услуг по уходу (за ребенком).

Подпись – Родитель или Опекун	Дата Подписи

Даты пересмотра: _____ _____ _____ _____ _____