

NEW YORK STATE [STAN NOWY JORK]
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES [BIURO DS. DZIECI I USŁUG RODZINNYCH]
ZAPISY DO PROGRAMU OPIEKI DZIEENNEJ

ZDJĘCIE DZIECKA (Opcjonalnie)	NAZWA PROGRAMU:		ADRES:		NUMER TELEFONU: () -	
	PEŁNE IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:				DATA URODZENIA: / /	
	PREFEROWANE IMIĘ/ZDROBNIENIE:				PŁEĆ:	
	ADRES DOMOWY DZIECKA:					
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAPISUJĄCEJ DZIECKO:			RELACJA ŁĄCZĄCA Z DZIECKIEM:			
			<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Krewny _____ <input type="checkbox"/> Inne _____			
NUMER(-Y) TELEFONU OSOBY ZAPISUJĄCEJ DZIECKO: () -			ADRES OSOBY ZAPISUJĄCEJ DZIECKO (JEŻELI INNY NIŻ ADRES DZIECKA):			
ADRES E-MAIL:			<input type="checkbox"/> Zgoda na SMS			
POWIADAMIANIE W NAGŁYCH WYPADKACH	IMIONA I NAZWISKA / ADRESY OSÓB KONTAKTOWYCH W NAGŁYCH WYPADKACH		Osoba upoważniona do odbioru dziecka		PODSTAWOWY NUMER TELEFONU	
	PODSTAWOWY KONTAKT:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		() - <input type="checkbox"/> Zgoda na SMS	
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		() - <input type="checkbox"/> Zgoda na SMS	
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		() - <input type="checkbox"/> Zgoda na SMS	
WYŁĄCZNIE NA UŻYTEK PROGRAMU			WYŁĄCZNIE NA UŻYTEK PROGRAMU			
DATA ZAPISU: / /			DATA WYPISU: / /			

PEŁNE IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:		DATA URODZENIA: / /	
Zaznacz pola poniżej, aby wskazać, czy Twoje dziecko wymaga usług specjalnych: <input type="checkbox"/> Żadne			
<input type="checkbox"/> Wczesna interwencja/kształcenie specjalne		<input type="checkbox"/> Terapia zajęciowa <input type="checkbox"/> Mowa/język <input type="checkbox"/> Fizjoterapia	
<input type="checkbox"/> Alergie (proszę wymienić) _____ <input type="checkbox"/> Inne _____			
Proszę podać informacje tutaj ORAZ przedyskutować z opiekunem dziecka:			
IMIĘ I NAZWISKO / GRUPA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DZIECKA:		NUMER TELEFONU: () -	
PREFEROWANY SZPITAL:		NUMER TELEFONU: () -	
OPIEKA STOMATOLOGICZNA DZIECKA:		NUMER TELEFONU: () -	
Informacje na temat opieki zdrowotnej nad dziećmi można uzyskać pod bezpłatnym numerem telefonu 1-800-698-4543 lub na stronie internetowej NYS Health Marketplace: https://nystateofhealth.ny.gov/			
ZGODY			
● Wyrażam zgodę na pomoc medyczną udzielaną mojemu dziecku w nagłych wypadkach.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
● Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach po okolicy (tj. do biblioteki, parku, na plac zabaw) poza programem pod właściwym nadzorem.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
● Rozumiem, że program może wymagać dodatkowych zgód w sytuacjach takich jak transport, podawanie leków, udostępnianie informacji i wycieczki terenowe.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
● Dostarczyłem do programu informacje o specjalnych potrzebach mojego dziecka, aby pomóc w opiece nad nim.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
● Rozumiem, że program musi dać rodzicom, w momencie zapisywania dziecka, pisemne oświadczenie o zasadach postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
● Zobowiązuję się do sprawdzania i aktualizowania tych informacji za każdym razem, gdy nastąpi zmiana, a przynajmniej raz w roku.....			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
PODPIS - RODZICA LUB OSOBY (OSÓB) PRAWNIE ODPOWIEDZIALNEJ:			DATA: / /