

Channel Islands Social Services

900 Calle Plano, Suite K
Camarillo, CA 93012



Ventura County's In-Home Respite Provider

(805) 384-0983 (805) 384-0986 Fax

www.IslandSocialServices.org

Estimado Aplicante:

Gracias por su interés en ser un Trabajador de Respiro para nuestras familias. Si tiene alguna pregunta referente al proceso de aplicación, llámenos al (805) 384-0983 ext. 0.

Si ha sido referido específicamente para trabajar con una familia, debe someter toda la siguiente información al mismo tiempo. Por favor note que todo aplicante para el programa de Crianza/Parentesco deben de estar disponibles para trabajar con más de una familia.

Por favor encuentre las siguientes formas incluidas en este paquete incluyendo formas que son requeridas:

- Aplicación de Trabajador de Respiro
- Recibo de las Descripciones de Trabajo y Reconocimiento de los Requerimientos de la Posición
- Autorización de Antecedentes Personales y Legales
- Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro
- Exención de Padre/Guardián (*Requerido específicamente si la familia lo esta refiriendo para ayudarlo*)

- W-4 Certificado de Exención de la Retención del Empleado (*para los impuestos*)
- Forma I-9 Verificación de Elegibilidad para Empleo
- Dos formas de identificación válida, como descrita atrás de la forma I9 [uno de la lista A o dos (uno de la lista B y uno de la lista C)]

- Copia de sus tarjetas de RCP y Primeros Auxilios
- Copia de su certificado de conformidad de TB (*dentro los últimos 12 meses si trabaja en el programa de Respiro de Crianza/Parentesco*)
- Copia de Licencia de Manejo y Tarjeta de Seguro de Auto valida con su nombre asignado en la Póliza (*si planea reclamar reembolso de millaje*)

Puede marcar las formas como las vaya completando. Mantenga esta carta como recordatorio propio de las formas que ha sometido.

Si está aplicando para trabajar con múltiples familias, la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro, Autorización de Antecedentes Personales y Legales, W4 y I9 son requeridas después de una oferta de empleo. Las puede someter ahora, pero no son necesarias inicialmente.

Todos los Trabajadores de Respiro deben de haber tomado el entrenamiento de RCP y Primeros Auxilios para ser calificados para la posición. Si no ha tenido este entrenamiento en el año pasado, o no tiene una copia de su tarjeta, déjenos saber para que le enviemos información sobre entrenamientos locales en la comunidad, y el entrenamiento gratuito que ofrecemos a todos nuestros empleados en nuestra oficina en Camarillo cada mes. Tendrá treinta (30) días para completar este entrenamiento de mandato estatal al ser empleado. CISS requiere la certificación anual de RCP.

El contenido de todas las formas de empleo es CONFIDENCIAL y no será compartida con familias o personal de CISS que no es parte del personal de administración. Esperamos que usted pueda ser parte del Equipo de Channel Islands! Felicidades en tomar el primer pasó en hacer una diferencia en la vida de nuestras familias locales.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink that reads "Sharon M. Francis". The signature is fluid and cursive.

Sharon M. Francis
Directora Ejecutiva



Aplicación de Trabajador de Respirio

CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.

A. Información de Contacto

Nombre Legal del Aplicante: _____ Apodo: _____

Yo estoy aplicando para los siguientes programas de respirio: Necesidades Especiales Crianza Elevado/Comportamiento

¿Bilingüe? Si No ¿Si es, que lenguaje? _____

Teléfono de Hogar: (____) _____ **Teléfono Celular:** (____) _____ Teléfono Principal= Hogar Celular

Domicilio de Hogar: _____

Si el domicilio de correo es diferente, por favor marque: _____

Correo Electrónico: _____

*CA Licencia de Manejo/ID # _____ ** ¿Tiene seguro de vehículo? Si No

*(Todos los trabajadores deben de poder manejar como condición de empleo, a menos que una familia ha pedido que le empleamos específicamente para trabajar con ellos)

** (Seguro de automóvil con el nombre del empleado es requerido para reclamar reembolso de millaje al tiempo de ser empleado)

Enumere los nombres de los condados y estados en los que ha vivido en los ultimos 7 años:

¿Como se entero de CISS? ¿Quien lo refirio? _____

¿Si fue referido por una persona, es una familia que recibe nuestros servicios empleado actual?

B. Historial de Empleo:

Por favor escriba la información sobre sus previos 10 años de empleo (continué en un papel separado si es necesario)

Fecha de Comienzo	Fecha de Termino	Nombre de Empleador Y Ciudad	Numero de Teléfono Y Posición	Tiempo Completo o Parcial?

C. Entrenamiento y Experiencia Relacionada al Trabajo:

Fecha(s)	Entreneador/Empleador	Descripcion

¿Actualmente tiene certificacion de Primeros Auxilios y RCP? Si No (Preguntenos sobre nuestras clases GRATUITAS)

Todavía tiene la tarjeta? Si No, pero las puedo obtener

Yo soy (por favor marque todo lo aplicable): Padre de Crianza con Licencia Proveedor de Cuidado de Niños con Licencia

Pagina 2 Aplicación de Trabajador de Respiro Channel Islands Social Services

Nombre del Aplicante: _____

CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.

D. Referencias (por lo menos 2 profesionales) – no enumere parientes:

Nombre Y Numero de Teléfono	Domicilio (al menos ciudad/estado)	Describa Su Relación
Nombre: Teléfono ()		
Nombre: Teléfono ()		
Nombre: Teléfono ()		

E. Revelación de Record Criminal:

Nota: Debido a la naturaleza de trabajo realizado por Channel Islands Social Services, CISS no puede emplear individuos con **ciertos** antecedentes penales o enfermedades contagiosas. CISS tiene la póliza de proteger a las familias y individuos vulnerables que servimos al no permitir (prevenir) empleo sin-supervisión, con cuidado directo del Trabajador de Respiro, para individuos que tienen ciertas enfermedades contagiosas o han sido declarados culpables de crímenes menores o felonías incluyendo pero no limitados a los siguientes: Crimen de violencia o sexuales en naturaleza, crimen de abuso y negligencia, crimen de fiduciario (ejemplo: fraude, robar, malversar dinero...), posesión de drogas ilegales y/o conducir bajo la influencia de bebidas alcohólicas (DUI.). Si soy empleado, estoy de acuerdo en reportar inmediatamente a CISS de cualquier futura convicción de crimen o enfermedad contagiosa, y entiendo que puede ser causa de terminación inmediata de empleo.

¿Actualmente está libre de toda enfermedad contagiosa o infecciosa? Si No

(Nota: Certificado de conformidad de tuberculosis es requerido para empleo en el Programa de Respiro de Crianza)

¿En alguna vez ha sido declarado culpable de una felonía o delito menor? Si No

Si, por favor explique la naturaleza del crimen y cuando ocurrió: Agregue otra pagina si es necesario

F. Fiabilidad, Disposición "At Will," y Reportar Disponibilidad:

Si soy contratado, entiendo que horas de trabajo no son garantizadas y que yo me comunicaran directamente con las familias con las cuales he acordado trabajar. Si no puedo reportarme a mi turno, yo debo de comunicarme con la familia inmediatamente. Yo también entiendo que para continuar empleo, necesito someter una hoja de pago cada treinta (30) días y ser flexible e fiable con las familias que me escogieron como su trabajador. Faltas repetidas a su turno de trabajo solicitado pueda ser razón de terminación de empleo, re-asignación con otra familia, o colocación en la lista de Trabajadores de Respiro "En Llamada". Todo empleo será a disposición de "At Will" y cualquiera de los dos (CISS o empleado) puede terminar el acuerdo de empleo en cualquier momento y sin ninguna dicha razón. Empleados deben de reportar su disponibilidad y pedido para trabajo adicional de manera oportuna a la oficina.

G. Acuerdo de Calificaciones Para Trabajador de Respiro:

He recibido la descripción de trabajo por escrito y una copia de los requisitos de descritos en regulación para Trabajadores de Respiro en Casa [CCR17 §56792(e)]. Entiendo que, si soy contratado, tengo que reunir los requisitos y calificaciones mínimas como explicadas para obtener y retener empleo.

He llenado esta aplicación honestamente. Si contratado, estoy de acuerdo con las condiciones de empleo que están declaradas aquí.

Firma del Apicante para Trabajador de Respiro

Fecha



Descripción de Trabajador de Respiro

Calificaciones Mínimas:

- a. Tiene experiencia proveyendo cuidado en casa para individuos con necesidades especiales o niños en cuidado de crianza
- b. Tener dieciocho (18) años de edad o quince (15) con permiso valido para trabajar, elegible para trabajar en los Estados Unidos. (Nota: Debe de tener por lo menos 18 años para trabajar en el Programa de Respiro de Crianza/Parentesco)
- c. Pasar por el registro nacional de archivo de criminal adulto (si es mayor de 18 años) y registro criminal de archivo menor en el condado (incluye no tener convicciones de manejo bajo la influencia del alcohol en los últimos 5 años), con ningún antecedente penal de convicción de crimen de violencia, sexual, malvercion de dinero, manejando imprudentemente, o condenas de posesión de drogas ilegales en naturaleza.
- d. Provee dos referencias personales y/o profesionales que sean positivas
- e. Haber recibido entrenamiento de (RCP) Resucitación de Cardio Pulmonar y Primeros Auxilios
- f. Es libre de todas enfermedades contagiosas
- g. Al tiempo de ser empleado demuestra certificado de conformidad de TB (Programa de Respiro de Crianza/Parentesco)
- h. Reúne los requisitos de entrenamiento necesarios para su posición
- i. Con seguridad y habilidad puede levantar 50 libras y está físicamente capacitado para realizar las tareas asociadas con cada asignación aceptada
- j. Tiene que tener licencia válida de conducir y seguro de automóvil en su nombre si va a someter cobro para millaje (Nota: La política de la compañía prohíbe a menores de 21 años transportar a individuos en su cuidado)

Obligaciones de Trabajo: Regularmente sirve como Trabajador de Respiro Disponible para dos (2) o más familias que tienen una autorización de con CISS (definido como el asistir a dos familias durante el mismo periodo de dos semanas). Es responsable por el cuidado directo al individuo que recibe servicios de respiro, que vive con su familia/guardián. Como Trabajador de Respiro principal, el empleado tiene que trabajar en colaboración con la familia para citar horas de respiro cada mes que la familia necesita y que no se pase de las horas autorizadas para el año. El Trabajador de Respiro principal debe de estar disponible para trabajar horas necesarias cuándo la familia le da (72) setenta-y-dos horas de aviso. Si el Trabajador de Respiro principal no puede ayudar a la familia, el Trabajador de Respiro debe dirigir a la familia a que llame a CISS. Cancelaciones frecuentes o falta de disponibilidad para ayudar a una familia deben ser reportadas a CISS.

El Trabajador de Respiro esta de acuerdo en seguir las pólizas y procedimientos de CISS, y mantener a los individuos bajo su cuidado seguros y en buena salud en todo tiempo. El apoyo dado al individuo puede incluir pero no es limitado a: juegos sociales, asistencia con tarea, preparación de comida, ayuda con higiene personal y ayuda de cuidado personal (pueda incluir uso de baño y ayuda en cambio de pañal), supervisión de medicamento auto administrado, implementación de programas positivos de comportamiento, y actuar como compañero.

Otras responsabilidades del Trabajador de Respiro incluyen pero no son limitadas a los siguiente: si autorizado por escrito por los padres/guardián, dará medicamento oral o supervisara auto administración; notar cambios relacionados al individuo recibiendo servicios en su alrededor; reportar oportunamente cualquier preocupación o lesión a la administración de CISS (reporte por escrito puede ser necesario); mantener confidencialidad de acuerdo con la póliza de CISS; y someter hojas de pago con exactitud y a tiempo, pero no mas tarde de treinta días (30) después de llevar a cabo el Trabajo de Respiro.

Horas de Trabajo: La posición es por hora, temporal, como disponible, no exentó. Las horas de trabajo son determinadas entre la familia y el empleado de CISS, y de esta manera el trabajo no es garantizado. El empleado tiene la responsabilidad de ponerse en contacto por escrito con CISS sobre su disponibilidad para trabajo adicional. Como el empleado establece sus propias horas con la familia que está ayudando, el empleado debe someter su hoja de pago por lo menos cada treinta (30) días para mantenerse empleados.

Sueldo: \$9.50 (para trabajar solo con una familia ya conocida para el aplicante, Depto. 100) o
\$10.00/hora (para trabajar como trabajador en llamada, Depto. 200) y/o
\$13.00/hora (para trabajar con hermano/a autorizada O familias en el Programa de Crianza/Parentesco)
Mas reembolso de millaje para empleados elegibles

Reportes Directo: Ningún. Se reporta al CEO o su personal designado

Firma del Apicante para Trabajador de Respiro

Fecha



Recibo de Descripción de Trabajo y Reconocimiento de Requerimientos de Posición

(Para Trabajadores de Respiro que apoyan a individuos con necesidades especiales que son autorizados por el Centro Regional)

Código de Regulaciones de California - Título 17
Normas de Conducta Para Servicios de Respiro de Agencias
Sección 56792 – Calificaciones y Funciones del Personal

- (e) El vendedor asignara al personal en llevar a cabo los servicios de respiro en casa.
 - (1) Cada trabajador de respiro será responsable por las siguientes funciones:
 - (A) Ejecutar servicios de respiro;
 - (B) Mantener información como es requerida en secciones 56796(a) (4) y 56798(c) (2) (B) de estas regulaciones; (que dice que Trabajadores de Respiro tienen que retener documentos indicando las fechas y horas de servicio por cada consumidor; y notas reflejando eventos y información que no esta documentado en otro lado.)
 - (C) Obtener información referente al cuidado específico única al consumidor al tiempo, o antes del tiempo en el que los servicios sean entregados.
 - (D) Obtener números de teléfono y locales donde miembros de familia pueden ser contactados durante la provisión de servicios de respiro en casa.
 - (2) El vendedor no asignara otras funciones al trabajador de respiro encima de las funciones anotadas durante las horas que el trabajador esta ejecutando los servicios de respiro.
 - (3) El trabajador de respiro tendrá las siguientes calificaciones mínimas:
 - (A) Ha recibido entrenamiento de resucitación cardio pulmonar y primeros auxilios de agencias que proveen este entrenamiento incluyendo pero no limitado a La Cruz Roja (Red Cross):
 - (B) Educación y experiencia requerida en la descripción de trabajo; y,
 - (C) Habilidad de ejecutar las funciones que son requeridas en el diseño de servicio.

* * * * *

He revisado la descripción de trabajo para el Trabajador de Respiro I y II de CISS, y también los niveles regulatorios enumerados en esta página. Yo tengo las calificaciones mínimas para la posición y podré ejecutar las tareas de mi posición.

Firma del Aplicante para Trabajador de Respiro

Fecha



AUTORIZACIÓN de ANTECEDENTES PERSONALES y LEGALES

Yo doy autorización a Channel Islands Social Services o su agente SINGLESOURCE SERVICES CORPORTATION, a que completen una investigación personal para determinar cualquiera y toda información relacionada a mis antecedentes, si los antecedentes son iguales o no, y también libero al empleador y personas nombradas en mi aplicación de toda responsabilidad por cualquier daño resultado al él/ella haber proporcionado dicha información.

Adicionalmente, yo doy autorización a toda investigación de mi historia personal, incluyendo pero no limitada a mi historia de crédito, historia de manejo, educación, registro militar, antecedentes militares y yo también autorizo a empleadores previos y todas referencias proveídas por mi o que surgieren como parte de la investigación a que hagan publico la información sobre mi rendimiento, integridad, carácter general, y cualquier otra información solicitada. Yo autorizo la liberación de esta información por parte de las agencias apropiadas a los servicios de investigación. Yo entiendo que esto puede incluir un reclamo de compensación al trabajador después de que una oferta condicional de trabajo ha sido hecha. Yo también entiendo que puedo ser requerido a tomar una prueba de narcóticos para detectar el uso de drogas antes o durante mi empleo.

Esta autorización en su forma original o copia será valida para esta y cualquier reporte en el futuro e información al corriente que puede ser solicitada. Si desea una copia de sus resultados, marque aquí

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre Completo: _____ **SSN:** _____ - _____ - _____

Otros Nombres usados o SSN Usados: _____

Dirección Actual: _____ Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Numero de Licencia de Manejo: _____ Estado: _____ *FDN: ____/____/____

**Fecha de nacimiento es opcional y usada solamente para el propósito de identificación en investigaciones*

LISTE TODOS SUS DOMICILIOS EN LOS ULTIMOS 7 AÑOS: (marque aquí si hay más en el reverso)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas:	de _____ - _____
					de _____ a _____

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas:	de _____ - _____
					de _____ a _____

Podemos Contactarnos con su Empleador Actual? SI NO

Ha sido declarado culpable de una ofensa criminal? SI NO

Esto incluye pero no es limitado a declaración de culpa, nollo contendere, no contesta, adjudicación no dada, y programas de intervención antes de juicio. Si la respuesta es si, de los detalles incluyendo la fecha, cargo, condado y disposición al reverso.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

For Channel Island Social Services Office Use ONLY Date Submitted to Single Source: _____ All Clear On: _____

Residence Trace with Volunteer Search

Ventura County Courts Record Search NO Record Only Minor Traffic Citations RECORDS FOUND! FOLLOWUP NEEDED

County Felony Search in the following counties: _____

Sent for DOJ Livescan on: _____ Verified Clear DOJ on: _____ With VC H.S.A. Online



Preferencias del Trabajador de Respiro

CISS cree en conectar a las familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro calificado para obtener el más alto grado de compatibilidad y éxito para el programa de respiración en casa. Por favor complete y actualice la siguiente información por lo menos anualmente.

A. Información de Contacto

Nombre de Trabajador del Respiro: _____ Fecha: _____

Bilingüe? Si: _____ No Ciudad Local: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ **Primario** Celular: (____) _____ **Primario**

Correo Electrónico: _____

B. Disponibilidad General Yo prefiero proveer respiración a: Necesidades Especiales Crianza Elevado

Si desea trabajar con una familia específica, por favor marque el nombre del niño/a: _____

(Por favor note, si los servicios de la familia terminan, usted debe llamar a la oficina para trabajo adicional. El rechazar trabajo de CISS puede resultar en la posibilidad de negación de beneficios de desempleo)

Por favor escriba en cada día de la semana, las horas que usted esta generalmente disponible en dar servicios de respiración:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A							
M							
P							
M							

Dispuesto a trabajar sobre la noche? Si No A lo Mejor Dispuesto a trabajar días de fiesta? Si No A lo Mejor

Edades con las cuales estoy interesado en trabajar: Cualquier edad 0-5 5-12 12-22 Adultos Ancianos

Por favor marque el nivel de cuidado personal que esta dispuesto a proveer a las edades marcadas:

Cambiar pañales Asistir en el baño Bañar en la tina Bañar con regadera Ninguna ayuda

Ayuda a: Mujeres Hombres

C. Ciudades Y Preferencias

Por favor marque las cajas de las ciudades en donde usted esta disponible para dar servicios de respiración en casa:

1. TODO Condado del Este

- Simi Valley
- Moorpark
- Newbury Park
- Thousand Oaks
- Westlake/Oak Park/Agoura

2. TODO Condado Central

- Camarillo/Somis
- North Oxnard
- South Oxnard/ Port Hueneme

3. TODO Condado Oeste y Interior

- Ventura
- Ojai
- Santa Paula
- Fillmore/Piru

D. Experiencia con Incapacidades *Yo tengo experiencia apoyando a niños o adultos con las siguientes condiciones:*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> * Síndrome de Asperger's | <input type="checkbox"/> * Abuso/Negligencia/PTSD (circule cual) |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones de Comunicación ("no verbal") | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> * No-Ambulante (silla de ruedas) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual- Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Incontinencia (no usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> * Discapacidad Intelectual- Moderado a Severo | <input type="checkbox"/> SDA/TDAH | <input type="checkbox"/> * Incontinencia (usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento – Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> * Trastorno Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> * Diabetes/ Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> * Dificultades de Comportamiento- Moderado/ Severo | <input type="checkbox"/> * Convulsiones (infrecuente) | <input type="checkbox"/> * PICA (come objetos no comibles) |
| <input type="checkbox"/> * Caso Medico - Leve (medicamento solamente) | <input type="checkbox"/> * Convulsiones (frecuente) | <input type="checkbox"/> Impedimento de Audición/Sordo |
| <input type="checkbox"/> * Caso Medico - Moderado (cambiar gasas y medicina) | <input type="checkbox"/> * Prader Willi | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ciego |
| <input type="checkbox"/> * Caso Medico - Severo (Cuidado de tubo de nutrición y/o inyecciones de insulina – puede requerir enfermera) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

**Requiere entrenamiento más extensivo de los padres, que la orientación típica, antes de trabajar con su hijo/a*

Pagina 2 de la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro para Channel Islands Social Services

E. Información de Emergencia del Trabajador de Respiro

La salud y seguridad de nuestros empleados son muy importantes para nosotros. Por favor llene esta sección y asegure que cada familia a la que ayuda tenga esta información por si algo pasa mientras esta en su hogar. Si no podemos comunicarnos con usted dentro de cuarenta y ocho horas (48), nosotros posiblemente nos comunicaremos con estos individuos.

Contacto de Emergencia	Relación	Número de Teléfono

Alergias: _____

Requiere Epi-Pen (Mantenga fuera del alcance de los niños en su cuidado)

F. Limitaciones Físicas

** Ponga atención que en la sección (f) de la descripción del trabajo requiere que tenga la habilidad de levantar un mínimo de 50 libras con seguridad.*

Limitaciones físicas relacionadas al trabajo No Si (Una caja debe de ser marcada)

No puedo subir escaleras

No puedo correr detrás de niños activos

Por orden del doctor, no puedo levantar mas de ____libras (debe incluir una nota médica)

Si marco SI, desciba su limitación y posibles acomodaciones que se pueden hacer:

G. Ambiente de Hogar Preferido (opcional)

Prefiero hogar en el cual nadie fuma

Prefiero no animales en el hogar porque tengo alergias

He llenado la información de arriba honestamente y daré información corriente a CISS como sea apropiado. Entiendo que es me responsabilidad de dar mi información de emergencia a cada familia al tiempo en el cual provee servicios.

Firma del Aplicante para Trabajador de Respiro

Fecha

*Por favor regrese esta forma completada a la oficina de CISS en cuanto usted reciba una oferta de empleo.
Si usted decide someter esta forma antes que se le ofrezca empleo, usted lo esta haciendo
por su voluntad y reconoce que CISS no le usa para dar empleo.*



Exención de Padres/Guardián en Designación de Trabajador de Respiro

Yo _____, soy padre o guardián/padre de crianza de
(Imprima su nombre)

_____, quien recibe servicios pagados por Centro Regional
(Imprima nombre del niño/a)

Crianza/Parentesco del Condado. Por este medio designo _____
(Nombre de Trabajador de Respiro)

para proveer servicios de respiro en el hogar para mi familia. Yo creo que esta persona es de buen

carácter moral, y lo/la conozco personalmente por _____ años como _____.
(# de años) (Relación: amiga/o, vecino, pariente)

La determinación en designar este Trabajador de Respiro es mi **responsabilidad única**, a base de mi conocimiento personal y relación con esta persona y **Yo renuncio a todos los reclamos** y/o acciones contra Channel Islands Social Services (CISS) por mi decisión. Yo entiendo que si CISS descubre que este trabajador tiene un expediente criminal o no es elegible para empleo en los Estados Unidos, que CISS puede escoger de no darle empleo a este trabajador y que tal descubrimiento será mantenido confidencial y será compartido solamente con el trabajador de respiro directamente.

Nosotros, los padres o guardián y el Trabajador de Respiro designado, hemos recibido una copia de la descripción de trabajo y reglamentos conocidos como CCR Titulo 17, Sección 56792(e) y el Trabajador de Respiro como se describe en esta exención tiene las mínimas calificaciones y escribo mis iniciales como testigo:

Solo si es revocado, esta exención se mantendrá en efectivo durante el servicio autorizado para el respiro de mi familia suministrado por Channel Islands Social Services.

(Firma del Padre/Guardián)

(Fecha)

Formulario W-4(SP) (2011)

Propósito. Llene el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere llenar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2011 vence el 16 de febrero de 2012. Vea la Pub. 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si sus ingresos exceden de \$950 e incluyen más de \$300 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o el caso de dos asalariados o múltiples empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le

correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos (o cero) descuentos. Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Pub. 501, *Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information* (Exenciones, deducción estándar e información sobre la presentación), en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios proyectados. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Pub. 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo ajusto la retención de mis impuestos?), en inglés, para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere

hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si recibió ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 919 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será la más precisa cuando todos los descuentos se reclaman en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos se reclaman en los demás. Vea la Pub. 919, en inglés, para más detalles.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea *Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens*, (Aviso 1392, Instrucciones suplementarias para el Formulario W-4), en inglés, antes de llenar este formulario.

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, use la Pub. 919, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2011. Vea la Pub. 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos).

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A _____
B	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. 	B _____
C	Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C _____
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D _____
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E _____
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$1,900 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito (Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles).	F _____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$61,000 (\$90,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces menos "1" si tiene tres o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$61,000 y \$84,000 (\$90,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos más "1" adicional si tiene seis o más hijos que reúnen los requisitos 	G _____
H	Suma las líneas A a la G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H _____
	Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$40,000 (\$10,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. 	

Corte aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos.

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2011</h1>
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. Apellido		2 Su número de seguro social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una nueva tarjeta. <input type="checkbox"/>
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		5 _____
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de su cheque de pago		6 \$ _____
7 Reclamo exención de la retención para 2011 y certifico que cumpla con ambas condiciones siguientes para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí		
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		7 _____
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►		
8 Nombre y dirección del empleador: (Empleador: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación patronal (EIN)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2011. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que exceden del 7.5% de sus ingresos y algunas deducciones misceláneas. 1 \$ _____

2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$11,600 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$8,500 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$5,800 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____

3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-". 3 \$ _____

4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2011 y alguna deducción estándar adicional. (Vea la Pub. 919) 4 \$ _____

5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2011 Form W-4 Worksheet* (Hoja de Trabajo del Formulario W-4 de 2011 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Pub. 919, en inglés) 5 \$ _____

6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2011 (por ejemplo, dividendos o intereses) 6 \$ _____

7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-". 7 \$ _____

8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$3,700 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____

9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____

10 **Sume** las cantidades de la línea 8 y de la línea 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP). 10 _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea Dos asalariados o múltiples empleos, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____

2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" 2 _____

3 Si la cantidad de la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____

Nota: Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9 a continuación para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.

4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____

5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____

6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____

7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí 7 \$ _____

8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener. 8 \$ _____

9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2011. Por ejemplo, divida por 26 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en diciembre de 2010. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales que se debe retener de cada cheque de nómina 9 \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$5,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$65,000	\$560	\$0 - \$35,000	\$560
5,001 - 12,000	1	8,001 - 15,000	1	65,001 - 125,000	930	35,001 - 90,000	930
12,001 - 22,000	2	15,001 - 25,000	2	125,001 - 185,000	1,040	90,001 - 165,000	1,040
22,001 - 25,000	3	25,001 - 30,000	3	185,001 - 335,000	1,220	165,001 - 370,000	1,220
25,001 - 30,000	4	30,001 - 40,000	4	335,001 y más	1,300	370,001 y más	1,300
30,001 - 40,000	5	40,001 - 50,000	5				
40,001 - 48,000	6	50,001 - 65,000	6				
48,001 - 55,000	7	65,001 - 80,000	7				
55,001 - 65,000	8	80,001 - 95,000	8				
65,001 - 72,000	9	95,001 - 120,000	9				
72,001 - 85,000	10	120,001 y más	10				
85,001 - 97,000	11						
97,001 - 110,000	12						
110,001 - 120,000	13						
120,001 - 135,000	14						
135,001 y más	15						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información de acuerdo con las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuestos federales sobre los ingresos. No presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. Solemos compartir esta información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia, y estados libres asociados con los EE. UU. y posesiones, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de salud y servicios humanos) para que la incluya en el *National Directory of New Hires* (Directorio Nacional de Personas Recién Empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las

leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos (en inglés).

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

OMB No. 1615-0047; Expires 08/31/12

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

Form I-9, Employment Eligibility Verification

Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documents have a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Verification (To be completed and signed by employee at the time employment begins.)

Print Name: Last	First	Middle Initial	Maiden Name
Address (Street Name and Number)		Apt. #	Date of Birth (month/day/year)
City	State	Zip Code	Social Security #

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following).

- A citizen of the United States
- A noncitizen national of the United States (see instructions)
- A lawful permanent resident (Alien #) _____
- An alien authorized to work (Alien # or Admission #) _____ until (expiration date, if applicable - month/day/year)

Employee's Signature

Date (month/day/year)

Preparer and/or Translator Certification (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct

Preparer's/Translator's Signature	Print Name
Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	
Date (month/day/year)	

Section 2. Employer Review and Verification (To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C, as listed on the reverse of this form, and record the title, number, and expiration date, if any, of the document(s).)

List A	OR	List B	AND	List C
Document title: _____	OR	_____	_____	_____
Issuing authority: _____		_____	_____	_____
Document #: _____		_____	_____	_____
Expiration Date (if any): _____		_____	_____	_____
Document #: _____		_____	_____	_____
Expiration Date (if any): _____	_____	_____	_____	_____

CERTIFICATION: I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) _____ and that to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)

Signature of Employer or Authorized Representative	Print Name Sharon M. Francis	Title CEO
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) Channel Islands Soc. Svcs 900 Calle Plano #K, Camarillo, CA 93012		Date (month/day/year)

Section 3. Updating and Reverification (To be completed and signed by employer.)

A. New Name (if applicable)	B. Date of Rehire (month/day/year) (if applicable)
-----------------------------	--

C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment authorization.

Document Title: _____ Document #: _____ Expiration Date (if any): _____

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Date (month/day/year)
--	-----------------------

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be unexpired

LIST A

Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization

LIST B

Documents that Establish Identity

LIST C

Documents that Establish Employment Authorization

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		1. Social Security Account Number card other than one that specifies on the face that the issuance of the card does not authorize employment in the United States
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		3. School ID card with a photograph		3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		4. Voter's registration card		4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
5. In the case of a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer incident to status, a foreign passport with Form I-94 or Form I-94A bearing the same name as the passport and containing an endorsement of the alien's nonimmigrant status, as long as the period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form		5. U.S. Military card or draft record		5. Native American tribal document
		6. Military dependent's ID card		
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		8. Native American tribal document		
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
		For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:		7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		10. School record or report card		8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
		11. Clinic, doctor, or hospital record		
		12. Day-care or nursery school record		

Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274)