

Choose one: New Student ☐ Info Change ☐ and Reason for Change: _____

Date of Completion: _____

Child's approximate weight (lb.): _____

Choose one: Early Intervention _____ and EIOD _____ or Preschool _____

Special Needs: WHEELCHAIR ☐ OXYGEN ☐ STROLLER ☐ OTHER (SPECIFY): _____

Child's Legal Last Name: _____ First: _____ M.I. _____

Sex: M ☐ F ☐ DOB (mm/dd/yyyy): _____

Legal Address: _____ Town: _____ Zip Code: _____

School District: _____

Parent/Guardian (or Foster Parent):

_____ Home Phone: _____ Cell: _____ Business: _____ Email _____
Mother

_____ Home Phone: _____ Cell: _____ Business: _____ Email _____
Father

Program: _____ Address: _____

Start Date: _____ End Date: _____ Start Time: _____ End Time: _____

Choose one: Round Trip ☐ Pick-up only ☐ Drop-off only ☐

EI - PICK-UP: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐

EI - DROP-OFF: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐

Pick up- If other than legal address		Drop off - If other than legal address	
NAME		NAME	
ADDRESS		ADDRESS	
CITY		CITY	
PHONE	CELL	PHONE	CELL
Additional persons authorized to receive child (MUST PRESENT ID)			
NAME:		RELATIONSHIP	CELL
NAME:		RELATIONSHIP	CELL
NAME:		RELATIONSHIP	CELL
Emergency Contact for child		Emergency Contact for child #2	
NAME		NAME	
RELATIONSHIP		RELATIONSHIP	
ADDRESS		ADDRESS	
CITY		CITY	
PHONE	CELL	PHONE	CELL

Based on the route and/or the location of provider, school routes can be up to 60 minutes one way.

SIGNATURE OF SCHOOL DISTRICT /REPRESENTATIVE or

DATE

PARENT/GUARDIAN/SUROGATE SIGNATURE

DATE

EIOD WCDHSIF/1/2018/TM

Reset Form

Departamento de Salud del Condado de Westchester
CSN – Intervención Temprana/Pre-escolar
Planilla de Autorización de Transporte en Autobús.

Escoja una: Nuevo Estudiante ☐ Cambio de Información ☐ Razón del cambio: _____

Fecha de Terminación: _____ Peso Aproximado del Niño: _____

Escoja una: Intervención Temprana y EIOD o Pre-escolar

Necesidades Especiales: SILLA DE RUEDAS ☐ OXIGENO ☐ COCHE DE BEBE ☐ OTRO (Especificar):

Apellido Legal del Niño: _____ Nombre: _____ Inicial 2do Nombre.: _____

Sexo M ☐ F ☐ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____

Dirección Legal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Distrito Escolar: _____

Padres/Guardianes(o Padres Adoptivos):

Teléfono de Casa: Celular: Negocio: Correo Electrónico:

Madre

Teléfono de Casa: Celular: Negocio: Correo Electrónico:

Padre

Programa: _____ Dirección: _____

Fecha de Inicio: Fecha de Finalización: Hora de Inicio: Hora de Llegada:

Escoja una: Ida y Vuelta ☐ Sólo recoger ☐ Sólo dejar ☐

EI - PICK-UP: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐ EI - DROP- OFF: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐

Recoger- Si hay otra además de la dirección legal	Dejar – Si hay otra además de la dirección legal
Nombre:	Nombre:
Dirección	Dirección
Ciudad:	Ciudad:
Teléfono: Celular:	Teléfono: Celular:

Personas Adicionales para recibir al niño (Deben presentar identificación)	
---	--

Nombre:	Relación:	Celular:
Nombre:	Relación:	Celular:
Nombre:	Relación:	Celular:

Contacto de emergencia para el niño		Contacto de emergencia para el niño #2	
Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:		Ciudad:	
Teléfono:	Celular:	Teléfono:	Celular:

Basado en la ruta y/o ubicación del programa, las rutas escolares pueden tardar hasta 60 minutos de ida.

/ /

/ /

Firma del representante del distrito escolar

Fecha

Padre/Guardián/Firma Sustituta

Fecha

Sherlita Amler, M.D.
Commissioner of Health

Parent Acknowledgement: County-Provided Bus Service

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

I understand I may provide transportation for my child to his/her approved service and receive reimbursement for the expense. I have chosen County-Provided bus service for my child and I agree to follow all bus service policies and procedures including, but not limited to, those listed below. **Please initial below and sign at the bottom:**

- **My child will receive one round trip from home to program and from the program to home at the times of the 4410 Preschool Program or Toddler Development Group authorized on his/her IFSP or IEP.** _____
- **My child's travel time on the bus will likely be scheduled for up to 60 minutes. Travel time may be extended up to 75 minutes if my home address/pick-up location is far from the program location.** _____
- **The pick-up and drop-off address (s) must be located within Westchester County and will be the same every day of bus service.** _____
- **My child's scheduled pick-up and drop-off times are approximate.** _____
- **Changes in my child's pick-up and drop-off times may occur when other children are added or leave the program.** _____
- **If I choose an address other than my home for bus service, the alternate address must also be located within Westchester County and it must be the same every day of bus service.** _____
- **Requested changes to the pick-up and/or drop-off address or the program location may take up to 10 days to accommodate. Temporary changes of address are not permitted.** _____
- **My child must be ready 10 minutes before the pick-up time. A parent/guardian listed on the TAF will be waiting at the drop-off address 10 minutes before the scheduled drop-off time.** _____
- **If my child is a No-Show for two (2) consecutive days, bus service will stop.** _____
- **If the bus company is unable to transport my child safely due to his/her behavior while traveling or boarding and alighting the bus, it may be necessary to temporarily suspend bus service.** _____
- **A parent/guardian (a person listed on the TAF) will be waiting at the drop-off address 10 minutes before the scheduled drop-off time. If we do not meet the bus, the Bus Company must call 911.** _____
- **If my child becomes ill or injured during transport, the bus driver will park the bus in a safe location and then contact the dispatcher to request assistance/an ambulance.** _____

Name of Parent/Guardian

Signature

Date

Sherlita Amler, M.D.
Commissioner of Health

Reconocimiento Parental: Servicio de Autobús Provisto por el Condado

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que yo podría proveer transporte para mi hijo/a hacia su servicio aprobado y recibir reembolso por los gastos. Yo he escogido el servicio de Autobús Provisto por el Condado para mi hijo/a y estoy de acuerdo en seguir todas las políticas y procedimientos de servicios de autobús, pero no limitado a aquellos listados abajo. **Por favor ponga sus iniciales abajo y su firma al final.**

- Mi hijo/a recibirá un viaje ida y vuelta desde la casa al programa y desde el programa a la casa en los tiempos autorizados en su IFSP o IEP del Programa Preescolar 4410 o el Grupo de Desarrollo de Bebes en Edad de Caminar. _____
- Los tiempos de viaje de mi hijo/a en el autobús podrían ser programados por hasta 60 minutos o 75 minutos si la dirección de mi casa/lugar de recogida está alejado del lugar del programa. _____
- La dirección del lugar de recogida y el lugar de entrega debe estar localizado dentro del Condado de Westchester y debe ser el mismo todos los días del servicio de autobús. _____
- Los tiempos del programa de recogida y entregas de mi hijo/a son aproximados. _____
- Cambios en los tiempos de recogida y entrega de mi hijo/a pueden ocurrir si otros niños son agregados o dejan el programa. _____
- Si escojo una dirección diferente a mi casa para el servicio de autobús, la dirección alternativa también debe estar localizada en el Condado de Westchester y debe ser la misma todos los días del servicio de autobús. _____
- Requerimientos de cambios de los lugares de recogida y entrega o del lugar del programa pueden tardar hasta 10 días para su acomodación. No están permitidos los cambios temporales de dirección. _____
- Mi hijo/a debe estar listo 10 minutos antes del tiempo de recogida. Un padre/guardián listado en el TAF estará esperando en el lugar de entrega 10 minutos antes del tiempo programado. _____
- Si mi hijo/a No se Presentó por dos (2) días consecutivos, el servicio de autobús se detendrá. _____
- Si la compañía de autobuses es incapaz de transportar a mi hijo/a con seguridad debido a su comportamiento mientras viaja o se embarca causando problemas para el autobús, puede ser necesario suspender temporalmente el servicio de autobús. _____
- Un padre/guardián (una persona listada en el TAF) estará esperando en la dirección de entrega 10 minutos antes del tiempo programado de entrega. Si no nos encontramos con el autobús, la Compañía de Autobuses debe llamar al 911. _____
- Si mi hijo/a se enferma o lesiona durante el transporte, el conductor del autobús estacionará el autobús en un lugar seguro y entonces contactará al despachador para pedir asistencia/una ambulancia. _____

Nombre del Padre/Guardián

Firma

Fecha

El Manual del Programa de Intervención Temprana de Transporte y Preescolar para Padres del Condado de Westchester contiene información completa sobre el servicio de autobús del condado y está disponible a través del programa de su hijo / hijo.

JAN 2018